Nr. 25. 19. czerwca 1927. Rok IV. VI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jerzy JOANNOVITSCH. Belgrad.
Dyrektor Instytutu patologji ogólnej i anatomji patologicznej.

Czy obecność figur karjokinetycznych w nowotworach świadczy za ich złośliwością?

(Przekładu z oryginalnego rękopisu francuskiego, przysłanego przez autora na zaproszenie redakcji „Pol. Gaz. lek." z powodu I. Og. Zjazdu lekarzy słowiańskich dokonała Dr. H. Schusterówna *).

Fakt, że ilość figur karjokinetycznych w nowotworach złośliwych jest o wiele większą jak w tkankach prawidłowych, lub też w innych tkankach patologicznych, zdaje się potwierdzać ogólnie przyjęte zdanie, że nowotwory zawierające wielką ilość figur karjokinetycznych należą do nowotworów specjalnie złośliwych. Już dziesięć lat temu po raz pierwszy, na podstawie pewnego spostrzeżenia, nasunęła mi się wątpliwość co do wartości tego mniemania. Chodziło to o rdzeniastego raka macicy z licznemi figurami karjokinetycznemi, co zdawało się przemawiać za złą prognozą nowotworu. W dalszym przebiegu choroby okazało się jednak, że ani utkanie rdzeniaste, ani wielka ilość figur karjokinetycznych nie potwierdziły złośliwości nowotworu, gdyż po radykalnem usunięciu macicy stan chorej poprawił się widocznie i pozostaje zadawalający do dnia dzisiejszego. W jakiś czas potem miałem sposobność badać drugi przypadek raka macicy, w którym była tak znaczna ilość figur karjokinetycznych, że z trudnością można było zobaczyć grupy komórek nie będących w okresie podziału. Wydawało się, że ten nowotwór musiał się bardzo szybko rozwijać i być bardzo złośliwym. Zajmowałem się tą chorą w dalszym ciągu i z tego co mi donoszono w następnych miesiącach i latach stan chorej był stale zadawalniający.

Od tego czasu zwróciłem baczniejszą uwagę na ilość figur karjokinetycznych w rozmaitych nowotworach i mogłem się przekonać, że wielka ilość figur podziału komórek nie jest wskaźnikiem złośliwości nowotworu. Z drugiej strony znanym jest fakt, że nawet bardzo złośliwe nowotwory, jak mięsaki czarniaczkowe, nie zawsze zawierają wiele figur karjokinetycznych. Miałem następnie jeszcze sposobność badania mięsaka okołonaczyniowego u dziecka 16-to miesięcznego, w którym to mięsaku komórki okrągłe, owalne lub lekko wydłużone zawierały wielką ilość figur karjokinetycznych, zarówno typowych jak i nie typowych. Byłem zdumiony, że te komórki z figurami karjokinetycznemi grupowały się głównie dookoła ognisk martwiczych, spotykanych w danym nowotworze. To dziwne występowanie komórek dzielacych się właśnie na obwodzie ognisk martwiczych, zdaje się przemawiać za jakimś związkiem między ogniskami martwiczemi a pojawianiem się komórek karjokinetycznych.

Proces podziału komórki był przedmiotem licznych badań, jednak dotychczas nie udało się jeszcze oznaczyć dokładnie czasu trwania karjokinezy. Jedni z autorów oznaczyli czas ten u człowieka na 20 minut, inni na 3 godziny. Co się tyczy komórek nowotworowych, brak jest pewnych danych. W każdym razie badania nad karjokinezą wykazały, że proces ten dotyczy nie tylko jądra komórki lecz i całej komórki. Po rozpłynięciu się otoczki jądra poszczególne jego składniki przechodzić mogą do pierwoszczy i odwrotnie. Karjokineza jest procesem odnowy całej komórki i dlatego też komórka będąca w podziale nie spełnia swych fizjologicznych czynności. Ziarna Altmana znikają, komórka przestaje wydzielać i asymilować. To skupienie wszystkich czynności komórki wyłącznie w kierunku dzielenia się, ujął najcharakterystyczniej Hausemann twierdząc, że komórka będąca w podziale reprezentuje raczej cechy gatunku aniżeli cechy osobnicze.

Po ukończonym procesie dzielenia się przez czas jakiś czynność rozrodcza komórki schodzi na plan drugi, czynność zaś fizjologiczna na plan pierwszy i jest bardzo żywa. Przyswajanie i wydzielanie odbywa się w ten sam sposób zarówno w komórce prawidłowej jak i nowotworowej. Jak długo po podziale trwa ta żywa czynność swoista komórki, w którym to czasie komórka przygotowuje się równocześnie do następnego podziału, tego nie wiemy. Mamy pewną podstawę do twierdzenia, że u komórki nowotworowej czas przygotowania do podziału jest krótszy, aniżeli u komórki nie nowotworowej, gdyż komórka nowotworowa więcej się dzieli niż spełnia swe swoiste czynności. Ponieważ przerwa pomiędzy poszczególnemi mitozami jest skróconą, komórka nie jest w stanie należycie przygotować się do następnego podziału, gdyż niema czasu nagromadzić sobie substancyj potrzebnych do jej odnowy. Regeneracja jądra naturalnie również na tem cierpi. Dlatego też wszyscy morfologiści uznają zgodnie, że mitozy hypo- i hyperchromatyczne są objawem patologicznym i wyrazem zmian wstecznych prowadzących ostatecznie do śmierci komórki, a wywołanych zaburzeniem równowagi między czynnościami asocjacyjno-wydzielniczemi a rozrodczemi.

Jeżeli będziemy się zastanawiali dalej nad tem zaburzeniem równowagi w funkcji komórki, będzie nas ciekawił znany fakt, że nowotwory z tendencją do martwicy, mogą się nieraz samoistnie goić. Są to jednak przypadki rzadkie *(gleioma, hypernephroma)*. Wobec tego rozumiemy zmniejszenie się złośliwości nowotworu, które idzie równolegle z czasem trwania nowotworu, ewentualnie z czasem, który upływa między pojawieniem się nowotworu a recydywą lub mitozą. Wyniki badań doświadczalnych na myszach przez przeszczepianie nowotworów samoistnych przemawiają również za tem przypuszczeniem. Gdyż o ile przy nowotworach samoistnych pierwotnych bardzo często występują przerzuty; w nowotworach przeszczepionych przerzuty stają się coraz rzadsze i znikają ostatecznie, a idzie to proporcjonalnie do częstości przeszczepień.

Mojem zdaniem, na podstawie tego, co powyżej nadmieniłem nie należy uważać obecności licznych figur podziału w nowotworach za objaw ich złośliwości, przeciwnie obfite mitozy są wyrazem przyspieszonego tempa podziału komórki spowodowanego zaburzeniem równowagi między czynnością komórki rozrodczą a swoistą i świadczą o zamieraniu komórki. Również Baspord, Bridré i inni autorowie wykazali ujemne działanie tkanki nowotworowej martwiczej na rozwój nowotworów, otrzymując na drodze eksperymentalnej, przez wszczepienie zwierzętom tkanki nowotworowej wysuszonej przy niskiej ciepłocie, dość znaczny stopień odporności przeciw rakowi. Fakt ten stwierdzony na drodze doświadczalnej jest dowodem dla hypotezy poniżej podanej. Komórki karjokinetyczne będące w okresie zaniku i rozpadu, przez wchłanianie się produktów rozpadu tkanki martwiczej nowotworowej, powodują wytwarzanie się antitoksyn, które ze swej strony hamują rozrost i szerzenie się samego nowotworu.

*) Z powodu spóźnionego otrzymania rękopisu nie mogła red. umieścić tego artykułu w Nr. 21 Polsk. Gaz. lek. poświęconym I. Og. Zjazdowi lekarzy słowiańskich.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. TYCZKA I SZNAJDERMAN. Warszawa.

Porażenie nerwu pośrodkowego w następstwie dożylnych zastrzyków chlorku wapnia.

Z kliniki chorób nerwowych Uniw. Warsz.
Kierownik: Prof. Dr. K. Orzechowski.

Dożylne stosowanie związków arseno-benzolowych wprowadzono do praktyki lekarskiej dopiero po smutnych doświadczeniach, jakie zdobyto po pierwszych zastrzykach domięśniowych salwarsanu. Piśmiennictwo z tego okresu pełne jest wzmianek „o miejscowych objawach, wywołanych przez salwarsan wstrzyknięty pod skórę". Maendl, Pinkus, Goldberg i inni wspominają, że związek ten, jako silnie żrąca substancja, wprowadzony do tkanki podskórnej albo do mięśni wywołuje miejscowy odczyn zapalny, a nawet głęboką zgorzel tkanek. Pinkus opisuje kilka przypadków przemijającego porażenia nerwu strzałkowego i kulszowego po zastrzykach salwarsanu w mięśnie pośladkowe Goldberg wspomina pozatem o kilkudziesięciu przypadkach porażenia nerwu pośrodkowego, które wystąpiły w związku z nieudanemi zastrzykami salwarsanu w żyłę środkową.

Obok związków arsenowobenzolowych działanie żrące na tkanki, w większym nawet od nich stopniu, posiadają i sole wapnio-

we, które w praktyce lekarskiej, stosuje się obecnie często dożylnie w postaci 5—10 gr. roztworu chlorku wapnia.

Jednak zarówno w piśmiennictwie, jak i w podręcznikach farmakologicznych, odnośnie do chlorku wapnia istnieją tylko pobieżne wzmianki o żrącem jego działaniu na tkankę skórną, a brak już zupełnie opisów cięższych następstw nerwowych po technicznie źle wykonanych dożylnych wstrzykiwaniach tego środka. Sądzimy przeto, że należy podać choćby w krótkości przebieg choroby trzech takich przypadków, skierowanych do kliniki naszej w przeciągu kilku mesięcy, co świadczyłoby, że obrażenia nerwowe po zastrzykach dożylnych chlorku wapnia nie należą do zbyt rzadkich.

Przyp. I. N., lat 29, leczona zastrzykami dożylnemi chlorku wapnia z powodu ciężkiej dychawicy oskrzelowej. Chora otrzymywała każdorazowo 10 cm^3 5% rozczynu. Bezpośrednio po 8-ym z wyżej podanych zastrzyków, które były zresztą bez wpływu na jej cierpienia, chora uczuła rozpieranie w miejscu injekcji oraz wystąpił kurcz zgięcia 3-ch pierwszych palców lewej ręki następnego dnia przyłączyło się kłucie oraz palenie w całej promieniowej połowie lewej dłoni. Równocześnie wystąpiło stwardnienie w łokciu, bardzo bolesne na ucisk; skóra w tem miejscu miała być ciemno zabarwiona. Czwartego dnia wystąpił niedowład zginaczy 3-ch pierwszych palców. Palce te były sino zabarwione, chłodne, suche. Po 3-ch tygodniach chorą skierowano na klinikę. Stan nerwowy przedmiotowo był następujący: w okolicy łokcia wyczuwało się wrzecionowate zgrubienie nerwu długości 2$^1/_2$ cm. Skóra promieniowej połowy ręki chłodna, sucha i sinawa; naskórek błyszczący, wygładzony. Palce: kciuk, wskazujący i średni nagół cieńsze, paznogcie zmartwiałe. W obszarze tym zniesienie czucia na wszystkie rodzaje. Ruchy czynne zniesione w zginaczach palca wskazującego, upośledzone w średnim i kciuku, również osłabione przeciwstawienie tegoż innym palcom. Siła mięśniowa nawracania i zgięcia promieniowego nadgarstka osłabiona. Badanie elektryczne: częściowy odczyn zwyrodnienia we wszystkich mięśniach, dotkniętych powyższemi zaburzeniami. Chorej przepisaliśmy ze względu na typ jej bólów neopankarpinę do wewnątrz, zawierającą, jako działający składnik, pilokarpinę, która, według podania chorej, ma jej bóle znacznie uśmierzać. Po 4 miesięcznem trwaniu cierpienia w stanie chorej, w marcu b. r. nastąpiła jedynie poprawa, dotycząca wyczuwanego na nerwie pośrodkowym zgrubienia, które uległo znacznemu zmniejszeniu. Bóle kauzalgiczne ustąpiły. Inne natomiast objawy były bez zmiany.

Przyp. II. K. M., lat 20. Z powodu daleko posuniętych zmian gruźliczych płuc otrzymała 4 zastrzyki 10% $CaCl_2$ dożylnie, w ilości każdorazowej 10 cm^3. Zastosowano to w celu uzyskania szybszego zwapnienia nacieczeń gruźliczych. W kilka godzin po 4-ym zastrzyku, dokonanym w żyłę łokciową prawą, wystąpił obrzęk w okolicy łokcia oraz miejscowe bardzo silne bóle. Nazajutrz drętwienie 3-ch pierwszych palców prawej ręki. Po paru dniach stwardnienie w łokciu ustąpiło, drętwienie natomiast spotęgowało się i wystąpiła ponadto sinica palców i dłoni w promieniowej połowie oraz bóle szarpiące i piekące. W 4 tygodnie po tym fakcie chora zgłosiła się na klinikę. Przedmiotowo stwierdzono: ręka prawa w ustawieniu, przypominającem rękę, t. zw., kaznodziei (2 pierwsze palce wyprostowane, 3 ostatnie lekko zgięte). Ruchy czynne zginania prawie zniesione w 3-ch pierwszych palcach, również ruch opozycyjny kciuka względem reszty palców Obniżenie na wszystkie rodzaje czucia ściśle w obszarze nerwu pośrodkowego. Zmiany naczynioworuchowe i odżywcze takie, jak w pierwszym przypadku. Wyraźniejszej różnicy w ciśnieniu krwi i wychyleniach igły aparatu Pachon'a w obu tętnicach ramieniowych nie było. Okolica łokcia w przebiegu nerwu pośrodkowego przy macaniu prawidłowa. Badanie elektryczne wykazało odczyn zwyrodnienia dopiero w 3-cim miesiącu trwania choroby. Chorą leczono zastrzykami podskórnemi pilokarpiny i galwanizacją. Opuściła po miesiącu klinikę z nieznaczną poprawą, polegającą jedynie na zmniejszeniu się bólów w palcach. Dopiero po $^1/_2$-rocznem trwaniu cierpienia wystąpiła znaczniejsza poprawa.

Przyp. III. Obserwowany tylko ambulatoryjnie tyczył sie gruźlika, który również po ostatnim z kilkudziesięciu zastrzyków dożylnych chlorku wapnia, otrzymanych w Zakopanem, z powodu skłonności do krwioplucia, uległ długotrwałemu zajęciu nerwu pośrodkowego, a następnie leczył się w jednym z oddziałów wewnętrznych szpitala Dz. Jezus.

Przedmiotowo objawy zajecia nerwu pośrodkowego nie różniły się od zespołu w obu poprzednich przypadkach.

We wszystkich 3-ch opisanych przypadkach zarówno rozpoznanie zapalenia nerwu pośrodkowego, jak i związek przyczynowy z wstrzyknięciem w okolicę tego nerwu chlorku wapnia, nie wymaga uzasadnienia. Chlorek wapnia, jako silnie żrąca substancja, dostawszy się nawet w bardzo małych ilościach do tkanki podskórnej, wywołuje nacieczenia, a niekiedy głęboką jej zgorzel. W naszych przypadkach chodzi o działanie $CaCl_2$ na pień nerwowy tylko pośrednio, drogą przejścia zapalenia tkanki podskórnej na pochewkę zewnętrzną nerwową, o czem świadczy stosunkowo powolny rozwój sprawy, niejako w etapach; za tem przemawia także zgrubienie wrzecionowate nerwu, które stwierdziliśmy w pierwszym przypadku, odpowiadające najprawdopodobniej *perineuritis circumscripta*. Proces ten, uciskając na nerw, mógłby nawet w pewnych przypadkach wymagać (o ile sprawa rychło nie ustąpi), operacyjnego oswobodzenia nerwu ze zgrubień i zrostów pochewkowych i okołopochewkowych.

W naszych przypadkach zasługuje na podkreślenie silniejsze działanie żrące chlorku wapnia od tegoż działania związków neosalwarsanowych. Po źle bowiem wykonanych zastrzykach neosalwarsanowych mimo iż dochodzi nieraz do bardzo znacznego zapalenia tkanki, piśmiennictwo jednak nie podaje zbyt częstych neurytów n. pośrodkowego, chociaż zastrzyki te stosuje się o wiele częściej niż injekcje chlorku wapnia.

Wprawdzie Maendl, Pinkus i Goldberg opisują tego rodzaju neuryty, lecz autorzy ci prawdopodobnie mieli na myśli działanie starego salwarsanu.

We wszystkich przypadkach uderza typ kauzalgiczny bólów, co w neurytach nerwu pośrodkowego jest zresztą rzeczą wcale częstą. Ta stałość objawów kauzalgicznych naczyniowo-ruchowych i odżywczych przemawiałaby z dużem prawdopodobieństwem za tem, że włókna sympatyczne leżą obwodowo na przekroju nerwu pośrodkowego. Być może z drugiej strony, że wspomniane objawy zależą częściowo i od włókien sympatycznych, znajdujących się w błonie zewnętrznej dużych tętnic ramieniowych, na którą może również przejść sprawa zapalna z otoczenia, gdyż tętnice owe leżą blisko nerwu.

Przypadki powyższe ogłaszamy w tym celu, by zwrócić uwagę na pewne niebezpieczeństwo, związane z dożylnemi zastrzykami chlorku wapnia, a zależne od błędów, które najlepszemu nawet technikowi mogą się przytrafić. Jest nawet możliwe, że ostatnia kropla $CaCl_2$ spływająca z igły w chwili wyjęcia jej z żyły wystarcza, by wywołać sprawę zapalną z takim skutkiem. Należałoby przeto przedtem jeszcze igłę przepłukać roztworem fizjologicznym NaCl.

Chorzy nasi, którzy z powodu gruźlicy, względnie uporczywej dychawicy oskrzelowej mają może zwiększoną dyspozycję w tym kierunku, nabawili się w następstwie owych zastrzyków dotkliwego cierpienia ruchowo-czuciowego, którego przykre strony znacznie przewyższyły ewentualny dodatni wpływ chlorku wapnia na objawy gruźlicy wzgl. astmy. Aby na przyszłość zapobiec szkodliwym następstwom, należałoby wstrzykiwać $CaCl_2$ do żyły, jak najdalej od nerwu pośrodkowego, a więc, o ile to możliwe do żyły odpromieniowej *(vena cephalica humeri)*, przebiegającej na zewnętrznej stronie ramienia, lub, gdyby żyła wymieniona była słabo rozwinięta, — do żyły odłokciowej *(v. basilica humeri)* nad przegubem łokciowym możliwie wysoko, przed jej rozgałęzieniem na żyły przedramienia; wreszcie do żył przedramienia. Chodzi o ominięcie żyły ramieniowej środkowej *(v. brachii mediana)*. W wielu przypadkach będzie się jednak zmuszonym wybrać tę żyłę do zastrzyku, bo inne żyły są zbyt słabo rozwinięte: w dość dużej liczbie przypadków będzie jednak możliwe pominąć ją i uskutecznić wstrzyknięcie do tamtych żył, a tem samem uniknie się niebezpieczeństwa wywołania neurytu nerwu środkowego. Wskazówka ta zasługuje na uwzględnienie przy używaniu także innych leków, już stosowanych lub, które będą stosowane jeszcze w przyszłości w postaci tak modnych obecnie i stanowczo nadużywanych wstrzykiwań dożylnych.

Dr. Edward BRUNER, kierownik pracowni. Warszawa.

O roentgenoterapji gruźlicy skóry.

Z pracowni światłoleczniczej Szpitala Św. Łazarza.

Doświadczenie moje oparte jest na pokaźnym materjale gruźlicy skóry, jaki się rok rocznie przewija prez sale szpitala św. Łazarza. Ze statystyki opracowanej przezemnie w r. 1911 (za okres dziesięcioletni) i tyczący się % stosunku gruźlicy do innych cierpień skóry z wyjątkiem świerzbu i wszawicy wynika, iż stosunek ten wynosił w naszym szpitalu 9.06%. Nie ulega wątpliwości, że w ostatnich latach liczba chorych, dotkniętych wilkiem i zgłaszających się do naszego szpitala, jeszcze bardziej wzrosła. Tak np. w roku ubiegłym na 680 chorych skórnych (bez świerzbu) było 216 przypadków gruźlicy skóry. Za bardzo nielicznemi wyjątkami chorzy z gruźlicą skóry wcześniej lub później zostają skierowywani do pracowni światłoleczniczej, przyczem rentgenotera-

pja odgrywa bardzo wybitną rolę. Jeżeli uwzględnimy jeszcze fakt, iż pracownia nasza leczy też chorych wilkowych ambulatoryjnie w ilości 100—150 rocznie, to możemy śmiało twierdzić, że długoletnia obserwacja tego dużego materjału ułatwia nam niezmiernie ocenę wyników rentgenoterapeutycznych, ich strony dodatnie oraz ujemne.

Zrozumiałą jest rzeczą, że stosowanie tych lub innych metod leczniczych zależne jest od poglądów subjektywnych poszczególnych lekarzy. Niektóre z ośrodków leczniczych dla wilkowych stosują leczenie zbyt jednostronne, co bez wątpienia musi się odbijać ujemnie na przebiegu choroby, wymagającej uwzględnienia szerokiego zawsze dwóch czynników, a mianowicie zadziałania ogólnego na cały ustrój i pośredniego na sprawę chorobową na skórze oraz zadziałania bezpośredniego miejscowego. To leczenie ogólne polegać powinno — poza dobrze znanemi nam wszystkim środkami — na stosowaniu długotrwałem kąpieli świetlnych ogólnych lampami łukowemi względnie kwarcowemi (te ostatnie dają doskonałe wyniki zwłaszcza u dzieci).

Wybór jednocześnie przeprowadzonego leczenia miejscowego zależy od całego szeregu okoliczności, przyczem unikać należy jednostronności i schematyzacji. Przy wszelkich kombinacjach metod leczniczych miejscowych rentgenoterapja nie może być pominięta.

Jeżeli spojrzymy retrospektywnie na okres trzydziestoletni stosowania jej w gruźlicy skóry, to zobaczymy, że poglądy autorów na tę metodę zmieniały się wraz z rozwojem ogólnym podstaw naukowych radjologji oraz techniki radjologicznej. Zwłaszcza w ostatnich czasach zapatrywania nasze na leczenie gruźlicy nie tylko skóry, ale i innych narządów, uległy zmianie radykalnej, co odbić się musiało i na wskazaniach i na dawkowaniu. Wydaje mi się zatem słusznem streszczenie w krótkich słowach tej ewolucji poglądów.

Już w rok po pierwszem zastosowaniu przez Freunda w Wiedniu (1896 rok) promieni X do epilacji w przypadku znamienia włosistego, Schiff i Kümmel donoszą o dobrych wynikach leczniczych u chorych dotkniętych wilkiem. Do roku 1900 rentgenoterapję stosowano jedynie empirycznie wobec braku odpowiednich badań naukowych. Nic tedy dziwnego, że niekiedy obok wyników wprost zdumiewających — spotykaliśmy się z bardzo ciężkiemi oparzeniami skóry lub zupełnym brakiem efektu leczniczego. Dopiero badania Strätera i Kienböcka (1900 r.) wyjaśniły, że czynnikiem działającym biologicznie są właśnie promienie X i że wynik działania zależny jest od ilości i jakości promieni pochłoniętych przez tkankę. Lata następne (1901—1902) posunęły naprzód technikę radjologiczną oraz ułatwiły pracę przez wprowadzenie przyrządów do mierzenia jakości i ilości promieni.

Holzknecht i Kienböck opisali dokładnie zmiany w skórze pod wpływem promieni X i wskazali uszkodzenie pierwotne komórki jako wynik zadziałania biologicznego promieni. Badania drobnowidowe Scholtza (1902 r.), które przemawiały za jakoby „wybiórczem" działaniem promieni na komórki nabłonkowe oraz wielkiej wartości spostrzeżenia Heinekego (1903 do 1904) nad specjalną wrażliwością tkanki limfatycznej w stosunku do promieni X pogłębiły znacznie wiadomości w tej dziedzinie. W tych czasach najwięcej ze wszystkich dziedzin lekarskich skorzystała z postępów rentgenoterapji — dermatologja. W związku z działaniem promieni X na dermatozy, podzielono te ostatnie na pewne grupy i opracowano szczegółowo wskazania i dawkowanie. Używano wtedy jedynie promieni o małej przenikliwości niefiltrowanych, stosując się do ówczesnych mało wydajnych aparatów. Gruźlica skóry zajmowała miejsce pośrednie pomiędzy cierpieniami powierzchownemi typu pryszczycy i łuszczycy, naświetlanemi dawkami ułamkowemi, kilka razy powtarzanemi — a nowotworami przy których stosowano $^{3}/_{4}$—$^{4}/_{5}$ lub całą dawkę na jednem posiedzeniu. Jeden z najlepszych dermatologów-rentgenoterapeutów epoki przedwojennej, przedwcześnie zgasły nauczyciel mój Frank Schultz uważał, iż tkanka gruźlicza umiejscowiona jest przeważnie dość powierzchownie, jest bardzo wrażliwa na promienie X i doskonale je pochłania. Dlatego też zalecał stosowanie promieni o twardości 5.0—7.5 według skali Wehnelta po pół pełnej dawki (Volldosis) w odstępie dwutygodniowym. Frank Schultz nie uważał, aby małe, często powtarzane dawki miały drażnić tkankę gruźliczą i pobudzać ją do bujania. Już wtedy bowiem niektórzy z autorów np. Gottschalk (1910) proponowali stosowanie codzienne po $^{1}/_{2}$ — IX aż do osiągnięcia w ten sposób 10 X.

Jadassohn usilnie się przeciw temu przeciwstawiał, twierdząc, że ta metoda prowadzi do ułatwienia rozwoju sprawy nowotworowej (ca in lupo). W przypadkach, opornych na działanie promieni X Frank Schultz radzi przejście do promieni o dłuższej fali. Były to pierwsze dążenia w kierunku wyzyskania promieni miękkich w celach leczniczych. Dążenia te wtedy nie mogły być urzeczywistnione ze względów technicznych. Czy wprowadzone w ostatnich latach przez Bucky'ego z Nowego Yorku „promienie pozamiękie" znajdą zastosowanie w rentgenoterapji dermat., a więc i w lecznictwie gruźlicy skóry, przyszłość niedaleka pokaże. Frank Schultz i inni pracujący wówczas rentgenoterapeuci (1902—1913) zdawali sobie dokładnie sprawę, że nie można wyleczyć gruźlicy skóry tylko promieniami X, że należy kombinować rentgenoterapję z innemi metodami fizykalnemi. Przypadki wilka płaskiego stanowczo nie nadawały się do rentgenoterapji, najważniejszemi były wilk przerostowy i wrzodziejący, gruźlica rozpływna i brodawkowata. Jednakże w podręczniku Franka Schultza nie znajdujemy żadnej wzmianki o tem, ile dawek i w jakim czasie można dać bezkarnie choremu, chociaż autor przestrzega przed naświetlaniem bezcelowem pozostałych po leczeniu poszczególnych grudek, bowiem naświetlanie takie doprowadzić może do poważnych uszkodzeń skóry.

W niektórych spostrzeżeniach Franka Schultza chorzy otrzymywali 17 naświetlań w ciągu 7 miesięcy, co według moich dzisiejszych poglądów na sprawę jest stanowczo niedopuszczalne.

O ile przedwojenna rentgenoterapja dermatologiczna rozwijała się przeważnie pod znakiem promieni niefiltrowanych, o tyle terapja głęboka, zapoczątkowana już w r. 1902 przez Senna z Chicago, opanowała całkowicie inne specjalności. Gruźlica różnych narządów, a przedewszystkiem stawów kości i gruczołów stała się jednem z najważniejszych wskazań rentgenoterapji głębokiej, dając jednocześnie bardzo zadawalające wyniki. Im więcej technika radjologiczna posuwała się naprzód, im silniejsze budowano aparaty, tem bardziej przechodzono do promieni twardych i zwiększano niepomiernie dawki, filtrując promienie przez ciężkie metale (miedź, cynk). Pod wpływem dawki nowotworowej. Wintz podał dawkę gruźliczą. (Tuberculosedosis = 50% HED.). Ten, jak się wyraża Holzknecht, techniczny sposób myślenia, trwał na szczęście nie długo. Zaczęto myśleć biologicznie i cofnięto się na całej linji, a zwłaszcza w gruźlicy, to jest tam, gdzie właściwie nie leczymy choroby, lecz działamy jedynie na siły obronne ustroju.

Zrozumiałą jest rzeczą, że rentgenoterapja gruźlicy skóry, jak i wogóle cała rentgenoterapja dermatologiczna uległa znacznie później wpływowi rentgenoterapji głębokiej. Ale jednakże powoli przechodzono i tu do promieni twardych filtrowanych. Większość autorów była bardziej ostrożna i zadawalała się filtrem glinowym 1—2 względnie 3 mm, znaleźli się także i tacy, jak np. Spiess i Hilpert, którzy naświetlają tocznia przez 0.5 mm. Zn + 1 mm. Al. dając 80 do 100% HED. Nawet dermatolodzy-rentgenoterapeuci nie wahają się i stosują np. 1 HED przez 0.5 zn. w przypadkach gruźlicy brodawkowatej (Fuss, Schreuss, Blumenthal).

Ponieważ nigdy nie było ścisłych wskazówek, ile skóra, a zwłaszcza skóra, dotknięta schorzeniem gruźliczem, może otrzymać dawek bez wywołania uszkodzeń, przeto niejednokrotnie liczba naświetlań wzrastała niepomiernie. Sam przebieg cierpienia wyjątkowo przewlekłego i dającego ciągłe nawroty, wymagał licznych zabiegów, przyczem za mało zwracano uwagi na naświetlanie dawniejsze. Według zaś zdania niektórych autorów (Groedel i Lossen) zmiany gruźlicze specjalnie uczulają skórę, która łatwiej ulega potem uszkodzeniom. O ile przy stosowaniu zbyt częstem promieni miękkich — mieliśmy do czynienia z całym szeregiem uszkodzeń bardziej powierzchownych pod postacią zmian naczyniowych i barwikowych, względnie zanikowych, to w ostatnich czasach mnożą się opisy uszkodzeń głębszych — od stwardnień skóry aż do owrzodzeń późnych. I właśnie z Niemiec, gdzie rentgenoterapja gruźlicy skóry, stosowana jest na szeroką skalę, odzywają się głosy ostrzeżenia. Już dawniej szkoła Jesionka z Giessen odrzucała zupełnie rentgenoterapję w leczeniu gruźlicy skóry (Jesionek, Rothmann).

Niektórzy z autorów francuskich i angielskich również zajęli takież krańcowe stanowisko (R. Knox, Fernet i P. Laurens, H. C. Semon), inni zaś tylko przestrzegają przed niebezpiecznemi stronami rentgenoterapji (Gaté i Pillon).

Ponieważ zawsze wymowa liczb jest najsilniejszym argumentem, przeto statystyka ogłoszona przy końcu r. 1925 przez Bommera z Giessen (Strahlentherapie Tom XX zeszyt 3) zmusza do poważnego zastanowienia się nad tą sprawą. Statystyka tego autora obejmuje 112 przypadków tocznia, leczonych w zakładzie światłoleczniczym w Giessen w ciągu ostatnich trzech lat. Chorzy ci byli przedtem leczeni w różnych instytucjach niemieckich naświetlaniami promieniami X. Otóż co się tyczy wyniku leczniczego to przedstawiał się on jak następuje: Wyleczony, ale brzydka blizna porentgenowska— 1 przypadek. Niektóre ogniska naświetlane wyleczone, wyraźne uszkodzenia rentgenowskie — 4 przypadki. W środku blizny niema nawrotów — 8 przypadków. Niewyleczony — nawroty w bliźnie — 99 przypadków.

Wynik kosmetyczny ilustrują liczby następujące: Dobry wynik — 4 przyp., zadawalający — 17 p., zły — 63 p., bardzo zły — 20 p., rozległy zanik skóry porentgenowski — 2 p. ca in lupo — 6 przyp.

Wreszcie cały długi szereg różnych uszkodzeń lub zniekształceń, do których według zdania autora przyczyniły się zmiany porentgenowskie. A więc owrzodzenia obserwowano w 17 przyp. — małe martwice w 4 przyp., zanik błony śluzowej jamy ustnej względnie uszkodzenie ślinianek z następową suchością w 10 przypadkach, uszkodzenia krtani w 1 przyp., utrudnienie ruchu ust wskutek zmian zanikowych w 13 przyp.

Już powierzchowny rzut oka na tę statystykę poucza, że autor niekiedy kładzie na karb promieni X i te zmiany, które nie są przez nie wywołane. W każdym razie widzimy z niej, że rentgenoterapja w wielu zakładach niemieckich stosowana jest zbyt często i że dawki są stanowczo za wysokie.

Zdaniem mojem szkoła Jesionka poszła za daleko. Nie można w lecznictwie gruźlicy skóry wyrzekać się rentgenoterapji. Jest to metoda, która w wielu przypadkach daje wyniki znakomite i względnie szybkie. Musimy kombinować ją odpowiednio z innemi metodami, oraz oceniać jej wyniki pod zupełnie innym kątem widzenia, niż to czyni Bommer. Jednakże i w naszym materjale od czasu do czasu spotykamy przypadki wyraźnych uszkodzeń skóry. I dla tego wydaje mi się niezbędnem sprecyzowanie naszego obecnego stanowiska w tej sprawie oraz bliższe zapoznanie się ze stosowanemi przez nas dawkami. Sprawa ta ma doniosłe znaczenie praktyczne, albowiem naświetlanie tocznia to wszak codzienna praca każdego dermatologa-rentgenoterapeuty. Ta pewna rewizja naszych poglądów jest konieczną.

Dowodzi tego fakt, że kwestja ta została poruszoną w piśmiennictwie naszem radiologicznem i dla innych umiejscowień gruźlicy. Tak np. rentgenolog poznański kol. Alkiewicz w zeszycie III Przeglądu Radiologicznego za rok 1926 bardzo barwnie przedstawia nam zmiany, jakie zaszły w ciągu ostatnich lat kilku w zapatrywaniach na leczenie rentgenologiczne gruźlicy chirurgicznej, jak od dawek dużych, filtrowanych przez ciężkie metale, powrócono do dawek bardzo małych, bo wahających się od 10 do 30% dawki epilacyjnej, filtrowanych przez 2 względnie 3 mm glinu.

Chcąc nakreślić linję postępowania leczniczego, musimy zastanowić się nad wpływem promieni X na tkankę gruźliczą. Sprawa ta niestety nie jest jeszcze należycie wyświetlona. Bezpośrednie działanie bakterjobójcze na prątki nie odgrywa żadnej roli. Dawki, które są w stanie zabić prątki w hodowli w probówce (Haberland i Klein, Willord) są tak wielkie, że nie mają żadnego znaczenia praktycznego. Zmodyfikowany jest też i dzisiaj pogląd niektórych autorów, jak Scholtza, Doutrelepontá, Wettera — o działaniu bezpośredniem niszczycielskiem promieni na tkankę ziarniny gruźliczej. O ile komórki nabłonkowate są bardzo oporne na działanie promieni, o tyle limfocyty i leukocyty należą do najbardziej wrażliwych komórek. Już minimalne dawki np. 10% HED. wywołują ich rozpad. Wyobrażamy sobie, że wskutek tego rozpadu powstają jakieś bliżej nieznane ciała, które wpływają dodatnio na gojenie ogniska gruźliczego i być może działają drażniąco na tkankę łączną, pobudzając ją do bujania. Niektórzy z autorów jak Iselin, Hayeck, Fraenkel i inni przypuszczają, że naświetlanie miejscowe ma i wpływ ogólny, który wyraża się w występowaniu zjawisk odpornościowych podobnie jak to ma miejsce w naświetlaniach spraw ropnych („endowakcynacja" Schreussa). Wreszcie badanie Rittera i Moj'ego wykazały, że dawki duże są raczej szkodliwe, niż pożyteczne.

Te przesłanki biologiczne dają do ręki cenne wskazówki co do postępowania leczniczego. Chociaż nie zgadzam się z Linserem, aby promienie niefiltrowane dawać miały lepszy wynik kosmetyczny, niż promienie filtrowane, to jednakże twierdzę, że można doskonale leczyć gruźlicę skóry, posiadając aparaty z cewkami słabszemi, których odległość iskrowa przy obciążeniu nie przekracza np. 20 cm.

Pamiętać jednakże musimy zawsze o tem (to samo stosuje się i do promieni filtrowanych), że ogniska gruźlicze, czy to będzie postać przerostowa, czy wrzodziejąca, czy brodawkowata, powinny być zawsze odpowiednio przygotowane do rentgenoterapji. Od przypadku do przypadku stosujemy maść pyrogallusową czy też antymonową lub arszenikową, ale zawsze naświetlamy powierzchnie owrzodziałe. Wszystkie nasze oddziały szpitalne dermatologiczne zupełnie jednozgodnie stosują się do tego sposobu postępowania, podkreślonego specjalnie przez Bernhardta jeszcze w 1907 roku.

Osobiście uważam, że do leczenia gruźlicy skóry najbardziej nadają się promienie o twardości 9—11 Wehneltów. W naszej pracowni otrzymujemy je mniej więcej w następujących warunkach: odległość iskrowa przy obciążeniu = 24—27 cm. natężenie w obwodzie wtórnym 2 mamp. Aparaty induktorowe typu „Apex", rurki Coolidge'a niemieckie „Metro" Müllera oraz francuskie Gaiffe'a i Pillona. Co do wyboru filtru — to stosuję w przeważającej większości przypadków filtr glinowy 1 mm. Tylko w niektórych razach, zwłaszcza o ile przypuszczam, że sprawa sięga bardzo głęboko lub przerost jest wyjątkowo zaznaczony, przechodzę do filtrowania silniejszego (,3 mm). Nawet, gdy jednocześnie musimy leczyć ogniska gruźlicy układu kostnego to ten sam filtr 3 mm., jak to wykazał Alkiewicz jest zupełnie wystarczający.

Dawka, jaką stosuję jednorazowo przez filtr 1 mm, wynosi 8—10 X. Jest to zatem nawet mniej, niż dawka epilacyjna, gdyż epilację otrzymujemy dopiero przy 12 względnie 13 X.

U dzieci lub u dorosłych przy naświetlaniach rozległych ognisk w kilku ustawieniach chętnie daję po 4—5 X z przerwą tygodniową. W razie przejścia do filtru 2—3 mm — dawki 10 X, jednorazowo również staram się nie przekraczać. Dawki moje są znacznie niższe, niż dawki podane w podręcznikach Blumenthala i Habermanna i Schreussa. Blumenthal naświetlając przez filtr 2 mm daje po 8 X w odstępie dwutygodniowym, przez filtr 3 mm, po 10 X, a przez filtr 4 mm po 12 X. Habermann i Schreuss polecają dawkę 16 X pod filtrem 4 mm w odstępach 4—6 tygodniowych. Jedynie klinika wiedeńska (Arzt i Fuchs) widocznie pod wpływem Holzknechta podaje dawki bardzo zbliżone do moich. Na tem miejscu uważam za stosowne przestrzec kolegów, którzy by chcieli wyjątkowo dokonywać naświetlań gruźlicy skóry przez 0,5 mm. filtr cynkowy przed liczbami, zalecanemi przez Blumenthala. Autor ten oblicza HED pod Zn. na 50 X, przyczem pod HED rozumie najwyższą dawkę, jaką skóra jeszcze może wytrzymać. Tymczasem wspólnie z kol. Hołubicką przekonaliśmy się, że już po 18 X przez 0,5 mm. Zn. otrzymaliśmy na twarzy doskonałą epilację. Obawiam się, że zastosowanie jednorazowe 50 X na grzbiet ręki np. w przypadkach gruźlicy brodawkowatej może być powodem niebezpiecznych oparzeń.

Teraz należałoby omówić punkt najważniejszy, na który zwrócił specjalną uwagę Bommer, a mianowicie na ilość naświetlań i przerwy pomiędzy poszczególnemi naświetlaniami. Powtarzam naświetlania najwcześniej po upływie miesiąca, potem zaś po raz trzeci naświetlam po upływie 2 miesięcy od ostatniego razu. I tu zaraz nasuwa się pytanie, czy można naświetlać w dalszym ciągu np. po roku lub kilku latach. Odpowiedź na to jest bardzo trudna, albowiem do dzisiaj nie jesteśmy w stanie określić dawki ogólnej sumowanej, jaką może znieść dany odcinek skóry w ciągu długiego okresu czasu.

W podręcznikach sprawa ta nie jest postawiona jasno. Tak np. Blumenthal twierdzi, że w przypadkach gruźlicy skóry rocznie nie można dać więcej, niż 3 HED. Ale co robić w latach następnych? Na to nie znajdujemy odpowiedzi. Wiemy zaś ze spostrzeżeń Rahma (klinika chirurgiczna w Wrocławiu), że kilkakrotne powtórzenie dawki, wynoszącej 50 lub 60% HED, może wywołać uszkodzenie późne.

I z własnych doświadczeń mogłem się o tem niejednokrotnie przekonać. Trzykrotne zastosowanie w odpowiednich przerwach dawki filtrowanej, mniejszej niż epilepcyjna, nie powinno nigdy być przyczyną jakichkolwiek uszkodzeń skóry. Ale już wykonywanie naświetlań według wskazówek Blumenthala lub Schreussa kryje w sobie — zdaniem mojem — pewne niebezpieczeństwo dla skóry.

Pamiętać musimy o tem. że najczęściej naświetlamy okolice twarzy, szyi oraz grzbietów rąk, a zatem miejsca specjalnie wrażliwe na promienie X. Różnica wrażliwości pomiędzy np. skórą brzucha a skórą szyi może dochodzić w poszczególnych przypadkach do 100%. Jeżeli boimy się w figówce naświetlań powtórnych ze względu na możność uszkodzenia skóry, to ta sama ostrożność powinna być przestrzeganą i w gruźlicy skóry. Powinna zaś zatem, jako reguła obowiązywać zasada nieprzekraczania powyżej przytoczonych dawek. Naturalnie w pewnych wyjątkowych przypadkach i po dłuższych przerwach możemy sobie pozwolić niekiedy na zwiększenie dawki ogólnej. Tutaj wobec braku ścisłych wskazówek naukowych rozstrzygać musi już doświadczenie osobiste rentgenoterapeuty.

Ważnem jest, aby karty chorych naświetlanych prowadzić bardzo dokładnie i aby podawać szczegółowo wszystkie warunki techniczne, zachowywane podczas naświetlań, oraz wysokość dawek. Do tego celu służą w naszej pracowni specjalnie wydrukowane schematy. System kartkowy umożliwia nam w jaknajszybszym czasie zorjentowanie się w danym przypadku co do naświetlań dawniejszych. Volk przypuszcza, iż najczęstszą przyczyną uszkodzeń są błędy techniczne, a więc zapomnienie filtru, przedawkowanie i t. d. To zdarza się według mnie tylko wyjątkowo. Nawet dawki jednorazowe autorów, o których była mowa powyżej, nie są w stanie wywołać oparzenia, jako bezpośredniego następstwa zabiegu *(radiodermitis acuta)*. Obrazy, spotykane w klinice, należą

przeważnie do typu *radiodermitis chronica* z różnym stopniem nasilenia zmian. Bardzo często trudno jest zdać sobie sprawę, czy mamy do czynienia już z obrazem *radiodermitis,* czy też są zmiany zanikowo-naczyniowe, zależne od cierpienia zasadniczego. Zauważyłem, że nawet bolesność owrzodzeń, powstałych w uszkodzonej skórze — nie zawsze jest wybitną, jak obserwujemy w typowych wrzodach porentgenowskich. Czasami dopiero jakiś uraz leczniczy, a więc naświetlanie Finsenem lub Kromayerem, lub też zastosowanie środków żrących powoduje wystąpienie pęcherza, który przeistacza się w owrzodzenie. Owrzodzenie to w ciągu całych miesięcy nie chce się zagoić i pokrywa się brudnym nalotem. Bliższe wpatrzenie się w obraz chorobowy nasuwa myśl o uszkodzeniu porentgenowskiem, o którem początkowo wcale nie myśleliśmy. Rokowanie jest zwykle nienajgorsze.

Przy odpowiedniem leczeniu maściami obojętnemi (w ostatnich czasach z powodzeniem stosuję 1% maść rivanolową) w połączeniu z ostrożnie przeprowadzonemi zabiegami fizykalnemi (Sollux — filtr niebieski, kwarcówka miejscowo lub lepiej ogólnie z osłonięciem miejsc uszkodzonych) doprowadzamy owrzodzenie do zabliźnienia. Niekiedy jednakże owrzodzenia te są punktem wyjścia powikłania najstraszniejszego, jakiem jest ca in lupo. Na zasadzie spostrzeganych przezemnie przypadków tego cierpienia nie mogę udowodnić zależności powstawania raka jedynie od zmian porentgenowskich skóry. Widywałem również często rozwój raka w tkance wilkowej u chorych, którzy nigdy nie byli naświelani Roentgenem.

Tego samego zdania jest nawet i B o m m e r pomimo całego swego sceptyzmu co do stosowania promieni X w lecznictwie gruźlicy skóry.

Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.

O obustronnej odmie sztucznej opłucnowej.

Z sanatorjum dla chorób płucnych im. Drów Dłuskich.
Dyrektor: Dr. L. A. D o b r o w o l s k i.

Idea praktycznego zastosowania, unieruchomienia płuca w sztuczny sposób powstała w 1882 roku i została rozwiązana przez Forlaniniego; upłynęło więc dość sporo czasu zanim dawno poddaną myśl leczenia gruźlicy płucnej, sztuczną odmą opłucnową, zrealizowano. Wiadomo bowiem, że pierwsze myśli o niej zrodziły się przed przeszło 100 laty (1882 Garson). Jednakowoż jak zwykle każda rzecz nowa ma początkowo niewielu swoich popleczników, tak więc i stosowanie odmy sztucznej opłucnowej długi czas leżało odłogiem, ograniczając się tylko do rzadkich przypadków. Czasy ostatnich lat, zwłaszcza okresu powojennego, okresu wytężonych gorączkowych prac i udoskonaleń przyniosły zasłużone uznanie dla odmy sztucznej. Przekonano się niezbicie, że zabieg ten w odpowiednim przypadku choroby płucnej, daje nadzwyczajne rezultaty, nieraz ratując życie choremu. Niestety jednak, zabieg odmy sztucznej wymaga względnej odporności drugiego płuca, przynajmniej nieobecności w nim zmian czynnych, w ogólności biorąc zmian mało rozległych, ograniczonych tylko do szczytu. Pomijając szereg tych przypadków względnie jednostronnych — gdzie są zachowane te „warunki" dla zabiegu, mamy całe szeregi chorych ze zmianami obustronnemi, zmianami rozległemi często będącemi w stanie czynnym. Osobnicy ci w myśl ogólnych zasad uleczalności gruźlicy, zwykle bywają pozostawieni samym sobie jako beznadziejni, by czekać nieubłaganego końca, który najczęściej przerywa pasmo męczarni i udręki spowodowanych chorobą. Mając w swojej opiece kilku takich osobników ze zmianami czynnemi obustronnemi płuc, przeważnie o charakterze serowato-włóknistym, postanowiłem zastosować odmę sztuczną opłucnową ale obustronną, tembardziej, że byłem zachęcony do tego wzmiankami w piśmiennictwie, zwłaszcza francuskiem. Już i Forlanini zajmował się obustronną odmą, opisując w 1911 roku w Rivista della pubblicazioni sul pneumotorace terapeutico L. 72, za nim idą Gwerder Pegoja z Davos (1917), Asoli z Rzymu (1912) i kilku innych. Przypadki swoje podzieliłem na dwie kategorje, uzależniając podział od warunków stosowania tego zabiegu; do pierwszej kategorji zaliczyłem przypadki ze zmianami płucnemi obustronnemi, w których po znacznej poprawie płuca chorego uciśniętego odmą sztuczną, przystępowałem do założenia odmy sztucznej po stronie drugiej, jednocześnie kontynuując najpierw rozpoczętą. Do drugiej kategorji należą przypadki, z odmą założoną jednocześnie z obu stron; to znaczy jest tu mowa o więcej dekompresyjnym zabiegu, gdzie zabieg po stronie jednej, wyprzedza zabieg po stronie drugiej, o kilka dni zaledwie. Następnie już odbywa się kolejność tych zabiegów, raz po jednej raz po drugiej stronie. Ze względu zbyt małego materjału, jak i mając na uwadze zbytnią szczupłość miejsca, podaję opis wyłącznie przypadków pierwszej kategorji, pozostawiając drugą w spokoju do pewnego czasu.

Obesrwacja I-a.

Panna H. O. lat 18, waga 49 kilo, wzrost 165 cm. Budowy prawidłowej, odżywiania miernego, widoczne śluzówki blade, gruczoły nie powiększone, dołki nad i podobojczykowe nieznacznie zapadnięte. Ciepłota 37—39.8, utrzymuje się od kilkunastu tygodni; kaszle i pluje dość sporo, obficie poci się nocą, zupełny brak łaknienia, silne pragnienie, od czasu do czasu zaparcie stolca. W dzieciństwie przechodziła odrę, poza częstemi przeziębieniami, miała nie chorować. Obecnie choroba datuje się od przeszłego roku, leczyła się sposobami domowemi, dopiero zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia, zmusiło rodziców do umieszczenia w naszym Zakładzie; przybyła 5-go lutego 1926 r. Badanie w tymże czasie wykazało: po stronie prawej stłumienie do grzebienia łopatki i obojczyka, przytłumienie do 3-go żebra z przodu i $^2/_3$ łopatki z tyłu, drżenie głosowe tamże wzmożone, oddech pęcherzykowy z wydechem przedłużonym, miejscami pęcherzykowo-oskrzelowy; na całej przestrzeni płuca obfite rzężenia (zwłaszcza w płacie górnym) wilgotne średnio i drobnobańkowe; płuco lewe przytłumienie do 2-go żebra z przodu i $^1/_2$ łopatki, drżenie zachowane, oddech pęcherzykowy z wydechem przedłużonym zaostrzonym, przy grzebieniu odcień oddechu oskrzelowego. Dolna granica dobrze ruchoma, na 11 kręgu.

Osłuchowo: liczne rzężenia wilgotne średnio i drobnobańkowe. Serce w granicach normy z silną akcentuacją tonu drugiego nad tętnicą płucną; puls 126 na minutę; oddechów na minutę 24; w plwocinie obfite prątki gruźlicze i włókna sprężyste. Jelita i gardło bez wybitnych zmian.

Badanie roentgenologiczne wykazało: pola obu szczytów płucnych zaciemnione zwłaszcza po stronie prawej, przy kaszlu prawy szczyt nie wyświetla się, lewy nieznacznie. Pole płuca prawego jednostajnie zaciemnione całkowicie z niewielkim ubytkiem (laskowy orzech) pod obojczykiem. Pole płuca lewego: więcej plamkowato zaciemnione na całej przestrzeni; rysunek wnękowy wzmożony, zwłaszcza po prawej stronie. Przepona obustronnie ruchoma względnie dostatecznie. Wobec b. poważnych zmian płucnych, zaproponowałem konsyljum z udziałem dwuch lekarzy, które orzekło o bezwzględnej beznadziejności przypadku; zaproponowano rodzinie tytułem tylko próby, bez jakiegokolwiek zobowiązania za ewentualne następstwa — odmę opłucnową obustronną. Pierwszą odmę założono na płuco prawe 20 marca i po miesięcznem jej stosowaniu przystąpiono do założenia odmy po stronie lewej. Po tym zabiegu chora czuła się względnie dobrze, nie wykazywała specjalnej duszności, ani bicia serca. Od tego mniej więcej czasu otrzymywała odmę raz po jednej raz po drugiej stronie. Dokładnie oznacza czas zabiegu i ilości wpuszczonego gazu załączona tablica (Obs. I.). By uniknąć powtarzań podam znaczenie oznaczeń tablicowych. Odmę prawostronną oznaczono „pr"; lewostronną „lew"; ilości każdorazowo podano w centymetrach sześciennych z zaznaczeniem, że do pierwszej odmy używałem wyłącznie bezwodnika kwasu węglowego, do następnej zwykłego powietrza atmosferycznego. Wahania początkowe oznacza pierwsza liczba z pośród cyfr rozdzielonych myślnikiem; o charakterze wahań mówią: sr. — średnie; sp. — spore. Ilość plwociny podana w centymetrach, waga w kilogramach. Po 5-cio miesięcznej kuracji, stan zdrowia nie tylko uległ poprawie, ale nastąpił zasadniczy zwrot w całym stanie zdrowia chorej. Dotychczasowe męczące objawy będące świadectwem rozpadowej serowato-włóknistej sprawy płucnej ustąpiły prawie bez śladu. Badanie w dniu 29 sierpnia wykazało: objawowo: nie kaszle i nie pluje zupełnie, apetyt dobry, nie poci się, samopoczucie b. dobre, werandując od kilku tygodni biorąc normalny udział w życiu sanatoryjnem. Przybytek wagi wynosi 14.200 gr. Fizykalnie: pomijając wyniki opukowe, osłuchowo stwierdza się osłabiony oddech pęcherzykowy obustronnie z nieznacznemi rzężeniami pojedyńczemi, słyszanemi wyłącznie lewostronnie i to tylko po intensywnym kaszlu. Badanie rentgenologiczne wykazało: jasne przestrzenie obustronnie wyraźnie zaznaczone, obejmujące prawie po $^1/_3$ górnego pola płucnego, pozatem tkankę płucną ze zmianami serowato-włóknistemi. Opisana chora wyjeżdża w dniach najbliższych z Sanatorjum na kilka tygodni na święta, by później wrócić z powrotem i kontynuować kurację.

Obserwacja II.

S. I. mężczyzna, lat 20, waga 63 kg. wzrost 180 cm. Budowy wątłej, długa płaska klatka piersiowa, kąt międzyżebrowy ostry, przestrzenie międzyżebrowe dość szerokie odżywienia podupadłego z wyraźnie zapadniętemi dołkami nad i pod obojczykowemi. Ciepłota 37.6—38.6 przeciętna dzienna, od dłuższego czasu na tym poziomie. Kaszle i pluje b. dużo, wypluwając plwocinę ropną, ciągnącą się, czasem zabarwienie krwiste. Częste pocenie się oddawna w dzień jak i w nocy, czuje się osłabiony, narzeka na

OBSERWACJA I.

Data	Odma		Ilość i wahania	Najwyższa ciepłota w dniu odmy	Ilość plwociny dobowej	Waga	Uwagi
	pr.	lew.					
20. III.	I.		225 cm^3 −10−6	$39,6^0$	50	48,2	
24. III.	II.		250 sp. −10−6	38^0	45	49	
29. III.	III.		260 sp. −10−5	$38,6^0$	45	49	
3. IV	IV.		300 sp −10−3	39,2	50	50	
10. IV.	V.		300 sp. −8−3	40^0	57	50	
16. IV.	VI.		325 sp. −7−3	38^0	51,5	50,5	
22. IV.	VII.		400 sp. −7−2	38,7	80	51,5	
25. IV.		1	250 sp. −8−6	39,4	85	51,5	
29. IV.		2	350 sp. −10−6	37,8	85	52	
4. V.	VIII.		400 sp. −10−8	37,5	85	52	
10. V.		3	350 sp. −10−8	38,3	80	52	
15. V.	IX.		375 sp. −10−7	38,2	80	52	
21. V.		4	360 sp. −10−7	37,4	80	52,2	
27. V.	X.		400 sp. −8−6	$39,2^0$	50	52,2	
1. VI.		5	400 sp. −7−4	38,3	50	52,2	
5. VI.	XI.		400 sp. −8−4	37,6	50	52,2	
12. VI.		6	400 sp. −8−3	37,2	30	53	
16. VI.	XII.		400 sp. −7−2	38^0	30	53	
23. VI.		7	400 sp. −7−3	37,2	20	54	
28. VI.	XIII.		400 sp. −7−2	37	20	55	
5. VII.		8	400 sp. −9−3	37,1	10	56,5	
12. VII.	XIV.		400 sp. −8−1	39	10	56,7	
18. VII.		9	400 sp. −7−2	37^0	5	56,75	
26. VII.	XV.		425 sp. −10−2	37,5	0	58	
31. VII.		10	450 sp. −10−5	38,2	0	60	
8. VIII.	XVI.		450 sp. −10−2	37,1	0	60	
13. VIII.		11	400 sp. −6−7	37,5	0	62	
22. VIII.	XVII.		450 sp. −8−1	37,2	0	62	
27. VIII.		12	450 sp. −6+1	37^0	0	63,2	

Odma kontynuuje się dalej.

OBSERWACJA II.

Data	Odma		Ilość w cm i wahania	Najwyższa ciepłota w dniu odmy	Dobowa ilość plwociny	Waga	Uwagi
	pr.	lew.					
26. V.	I.		300 sp. −10−8	$39,4^0$	25	63	
28. V.	II.		550 sp. −10−7	39,7	25	62	
1. VI.	III.		500 sp. −7−2	39,6	50	62	
10. VI.	IV.		500 sp. −8−5	38,8	85	61	
16. VI.	V.		750 sp. −10−8	39	90	60	
23. VI	VI.		800 sp. 7−3	38,5	100	60	
30. VI.	VII.		1200 sp. −8−2	38,9	75	60,5	
11. VII.	VIII.		550 sp. −7−2	39,2	100	61	
15. VII.	IX		1000 sp. −7−2	38,8	100	61	
22. VII.	X.		1400 sp −7−2	38,5	120	62	
29. VII.	XI.		800 sp. −7−2	38,2	120	62,5	
5 VIII.	XII.		850 sp. −8−2	38,6	120	63	
13. VIII.	XIII.		700 sp. −8−7	38,4	125	63,75	
21. VIII.	XIV.		850 sp. −7−1	38^0	90	64	
28 VIII	XV.		800 sp. −7−1	38,2	95	64	
4. IX.		1	200 sp. −10−6	38^0	90	64	
6. IX.		2	350 sp. −8−4	38^0	90	65	
8. IX.	XVI.		400 sp. −20−7	38^0	160	65	
13. IX.		3	300 sp. −8 2	37,9	150	65,5	
16. IX.	XVII.		450 sp. 7−1	38^0	135	66	
24. IX		4	550 sp. −8−1	38,7	115	66,2	
30. IX.	XVIII		450 sp. −8 -1	38,5	75	66	
4. X.		5	450 sp. −7±1	37,5	60	66	
11. X.	XIX.		450 sp. −8−2	37,6	65	65,5	
13. X.		6	450 sp. −7−2	37,4	60	65,7	
16. X	XX.		1000 sp. −6+2	37,2	85	66	
19. X.		7	400 −8−1	37	50	67	
27. X.	XXI.		800 −6+3	37,1	30	67,9	
3. XI.		8	500 −5±7	36,8	23	68	

Odma kontynuuje się w dalszym ciągu.

dość silne bóle w łydkach, zupełny brak łaknienia, stolce względnie prawidłowe, czasem rozwolnienie. Nigdy nie chorował, anamneza rodzinna bez znaczenia. Obecna choroba datuje się od kilku miesięcy, leczył się dotychczas w domu odwiedzany przez lekarzy. Do Sanatorjum przybył 18-go maja. Badanie wykonane tegoż dnia wykazało: po stronie prawej stłumienie do grzebienia i obojczyka, przytłumienie z przodu do 4-go żebra; z tyłu sięga do kąta łopatki; drżenie głosowe wzmożone, oddech pęcherzykowy osłabiony. Wysłuchowo na całej przestrzeni sporo rzężeń wilgotnych, średnio i drobno-bańkowych. Przy grzebieniu wyraźna broncho-

phonia i periloquia. Płuco lewe: przytłumienie do $^1/_3$ łopatki z tyłu i 2-go żebra z przodu, drżenie głosowe zachowane, trochę rzężeń wilgotnych drobno-bańkowych czasem słyszalnych i pod pachą. Rozpoznanie: gruźlica serowato-włóknista płuca prawego i nacieczenie gruźlicze płatu górnego płuca lewego. W plwocinie spora ilość prątków gruźliczych 4—10 w polu widzenia, pojedyńcze włókna sprężyste. Dolna granica płucna po stronie prawej upośledzona w swej ruchomości. Serce: nieznaczne rozszerzenie granicy prawej; tętno równe miarowe, dobrze napięte, 100 uderzeń na minutę, oddechów 20 na minutę. Jelita bez widocznych zmian; gardło: nieżyt chroniczny krtani. Badanie rentgenologiczne: pola obu szczytów wyraźnie zaciemnione zwłaszcza prawego, wyświetlają się b. słabo przy kaszlu. Pole płuca prawego prawie jednostajnie zaciemnione. Przepona dość słabo ruchoma. Pole płuca lewego w $^1/_3$ zaciemnione, przepona ruchoma dostatecznie. Rysunek obu wnęk silnie wzmożony, zwłaszcza po stronie prawej. 26- go mają założono odmę prawostronną, chory znosi ją b. dobrze, pomijając silne bóle jakie odczuwał po zabiegu, które ustąpiły wkrótce i po następnych się nie powtarzały. Pomimo to jednak, ciepłota utrzymywała się stale prawie na dość wysokim poziomie i sprawa lewostronna nie ulegając uspokojeniu, przeciwnie zaczęła wykazywać — pewne obostrzenie w postaci zwiększonej ilości rzężeń wilgotnych. Mimo to jednak waga utrzymywała się na względnie niezłym poziomie; przy powtórnym prześwietleniu stwierdzamy: po stronie prawej dość spora jasna przestrzeń zajmująca prawie $^1/_2$ pola płucnego, płuco przyciśnięte do śródpiersia utrzymywane w szczycie przez niewielki zrost, natomiast lewe wykazało $^1/_3$ pola zaciemnione i rozmieszczone plamkowate cienie w pozostałej części płuca. Wobec tego postanowiliśmy założyć odmę po stronie drugiej to jest lewej. Chory nie odczuwał większej duszności, a przeciwnie pewną jakby swobodność oddechu, dzięki sporej ilości plwociny, jaką zaczął odpluwać. Zabiegi te obustronne w następstwie powtarzane kolejno nie wywoływały żadnych, nawet przejściowych większych zaburzeń równowagi stanu zdrowia chorego. Przeciwnie chory, jak sam mawiał, z upragnieniem oczekiwał momentu odmy, po której czuł się psychicznie i fizycznie dobrze. Trwająca jednak z pewnemi wahaniami ciepłota utrzymywała się w dość dużych liczbach. Nie zniecierpliwiliśmy się tem jednak, biorąc pod uwagę stan płuca ogólny stan i samopoczucie chorego, jak również wagę, która stale, aczkolwiek dość wolno wykazywała przybytek. W dużej mierze było tu pomocne stałe badanie opadania krwinek czerwonych wykazujące dość widoczne zwolnienie czasu opadania. Dopiero jednak poczynając od 26-go października poziom ciepłoty zaczął utrzymywać się w granicach normalnych; chory przebywał u nas jeszcze do grudnia 1926 r. czując się b. dobrze i opuścił nasz Zakład mając ciepłotę od szeregu tygodni poniżej 37,0. Okresowo zjawia się u nas dla dalszych dopełniań. Ze względu na brak miejsca podaję przy tej obserwacji tylko kartę ciepłoty. (Obs. II). Zdjęcie rentgenowskie powierzchownie opisane wykazuje: po stronie prawej cała przestrzeń pola płucnego zajmuje odma sztuczna, płuco całkowicie usunięte, przesunięte do kręgosłupa, utrzymywane przy kręgosłupie niewielkiemi zrostami; płuco lewe — wyraźna jasna przestrzeń (odma) w $^1/_3$ dolnej części pola płucnego, $^2/_3$ zajmuje tkanka płucna z charakterystycznemi plamkowatemi ogniskami.

Obserwacja III.

Panna Z. Ł., lat 25, buchalterka, waga 50 kg. wzrost 159 cm. Budowy dość wątłej, odżywienia miernego, dołki nad pod obojczykowe wyraźnie zaznaczone, gruczoły nie powiększone, widoczne śluzówki blade. Ciepłota 38.4 najwyższa dzienna stale utrzymująca się od kilku tygodni. Chora utrzymuje, że choruje dopiero od 4-ch miesięcy. Kaszle i pluje dość sporo, plwocina o charakterze ropnym, czasem krwista. Przed 2-ma miesiącami miała dość silny krwotok od tego czasu czuje się bardzo osłabiona i przybitą moralnie. Leczyła się w Warszawie, otrzymując przez dłuższy czas około 2 gr. dziennie Cryogenine. Wobec jednak coraz gorszego samopoczucia i wzrastającego osłabienia przybyła do naszego Zakładu 29 lipca 1926 roku. Nie otrzymując u nas żadnych środków przeciwgorączkowych — gorączkowała stale 37—38,6. Poza objawami powyżej wymienionemi skarżyła się na dość silne bóle w plecach i na uparty brak łaknienia. Podawała, że w dzieciństwie przechodziła odrę tylko, w latach zaś ostatnich suche lewostronne zapalenie opłucnej. Rodzinna anamneza bez szczególnego znaczenia. Badanie płuc wykazało: po stronie lewej przytłumienie do III żebra z przodu i $^2/_3$ łopatki z tyłu, drżenie głosowe wzmożone, oddech zaostrzony pęcherzykowy z wydechem chuchającym, wyraźnie przedłużonym; sporo rzężeń wilgotnych średnio i drobno bańkowych, prócz tego sporo suchych rzężeń. Płuco prawe: przytłumienie do II żebra z przodu i $^1/_3$ łopatki z tyłu drżenie wzmożone, oddech wyraźnie zaostrzony pęcherzykowy, sporo tamże, w granicach przytłumienia; rzężeń drobnobańkowych. Również jak i w płucu lewym sporo rzężeń suchych. Dolna granica obu płuc na 11 kręgu, dość dobrze ruchoma. Serce bez uchwytnych zmian; puls 96 na minutę, ilość oddechów wynosiła 20. Jelita bez zmian, krtań — zgrubienie lewej struny głosowej, objektywnie — od 2-ch miesięcy chrypka. W plwocinie sporo prątków gruźliczych (przeważnie długie postacie), nieliczne włókna sprężyste.

Zdjęcie rentgenowskie wykazało: pole szczytu płuca prawego plamkowato zaciemnione, nie wyświetla się całkowicie przy kaszlu; pole prawego płuca w $^1/_3$ plamkowato zaciemnione. Płuco lewe — pole szczytu — całkowicie dość jednostajnie zaciemnione, nie wyświetla się prawie przy kaszlu, pole płuca dość równomiernie całkowicie plamkowato zaciemnione. Przepona obustronnie ruchoma dostatecznie. Gruczoły oskrzelowe łącznie z rysunkiem wnękowym dają kontury wzmożone. Serce nie wykazuje żadnych nieprawidłowości w ukształtowaniu. Rozpoznanie: gruźlica serowato-włóknista płuca lewego i górnego płatu prawego, *peribronchitis universalis*. Widząc, że stan czynny w płucach nie ulega żadnej poprawie pod wpływem środków dotychczas stosowanych, postanowiliśmy przystąpić do założenia obustronnej odmy opłucnowej, poczynając od płuca lewego. Pierwszą odmę lewostronną otrzymała 7 września roku ubiegłego (karta ciepłoty obs. III), po 6-ej odmie

OBSERWACJA III.

Data	Odma		Ilość w cm i wahania	Najwyższa ciepłota w dniu odmy	Dobowa ilość plwociny	Waga	Uwaga
	pr.	lew.					
7. IX.		1	200 sp. —10—8	38,4	20,4	50	
9. IX.		2	250 sp. —8—6	37,8	50	50	
13. IX.		3	300 sp. —0—4	37,5	35	49	
19. IX.		4	450 sp. —8 1	37,2	40	50	
26. IX.		5	400 sp. —7±1	38⁰	40	50	
2. X.		6	400 sp. —5+1	37,8	45	50	
10. X.	I.		200 sp. —10—2	39,4	100	50	
12. X.	II.		250 sp. —8—2	39,1	120	51	
15. X.		7	400 sp. —8—1	38,9	120	51,3	
18. X.	III.		350 sp. —10±1	38,5	125	52,1	
24. X.		8	400 sp. —7—1	38⁰	120	52,7	
31. X.	IV.		500 sp. —7—1	37,2	100	53,25	
7. XI.		9	400 sp. —6—4	37	75	53,9	
14. 11.	V.		600 sp. —10—2	36,7	28	55	

Odma kontynuuje się w dalszym ciągu.

lewostronnej nastąpiło zaostrzenie procesu po stronie prawej, wobec czego przystąpiliśmy do zapoczątkowania odmy po stronie prawej, co zostało uskutecznione 11 października. Następnie kontynuowaliśmy raz po jednej, drugi raz po przeciwnej stronie odmę, jak wskazuje karta ciepłoty. Chora poczynając od listopada poczyna się czuć coraz lepiej, początkowo wzmożona ilość plwociny ulega stałemu zmniejszaniu; waga aczkolwiek b. wolno jednak podnosi się, tak, że w okresie 3-ch miesięcznym przybytek wynosił 5 kilo. Chora b. mało kaszle; ciepłota utrzymuje się na zadawalniającym poziomie. Zdjęcie rentgenologiczne wykazuje po stronie prawej wyraźne odgraniczenie zmienionej tkanki płucnej od wolnej przestrzeni zajętej przez odmę sztuczną. Nieznaczne powrozkowate zrosty pod obojczykiem. Po stronie lewej niema tej ostrej różnicy między płucem, a odmą, wpuszczany gaz usadawiał się więcej warstwowo, najwięcej jednak widoczny pęcherz powietrzny w szczycie sięgający do II—III-go żebra, poniżej plamkowato zmieniona tkanka płucna. Chora w końcu listopada zmuszona była opuścić Sanatorjum ze względów materjalnych; wiadomości jakie otrzymałem od niej wskazują, że stan zdrowia nie tylko uległ poprawie, lecz od Nowego Roku przystępuje do pracy.

Obserwacja IV.

J. W. lat 27, kobieta. Waga 52 kg., wzrost 172 cm. Budowy b. wątłej, klatka piersiowa płaska; dołki nad i pod obojczykowe wyraźnie zapadnięte, kąt międzyżebrowy ostry, przestrzenie międzyżebrowe szerokie, gruczoły nie powiększone, widoczne śluzówki blade. Ciepłota 36.5—39.2 średnia dzienna. Od dłuższego czasu kaszle b. dużo; odpluwa z trudem ropną i ciągnącą się plwocinę; prawie stale poci się silnie w nocy; uskarża się na silny brak łaknienia; dość duże osłabienie. Miewa stolce obstrukcyjne. Przechodziła z prawej strony wysiękowe zapalenie opłucnej przed kilku laty. Przybyła do naszego Sanatorjum w kwietniu 1926 r., skierowana na właściwe tory w dość charakterystyczny sposób: zauważyła, że u niej w majątku zaczęły epidemicznie ginąć kury, zaniepokojona bądź co bądź stratą materjalną, zwróciła się do weterynarza, by sprawę wyświetlił; okazało się, że kury giną na gruźlicę płuc; służąca bowiem wylewała plwocinę chorej na śmietnik, kury zjadały te wydzieliny i ulegały zakażeniu. Dowiedziawszy się, więc przypadkowo o swem cierpieniu, udała się do lekarza, który skierował chorą do Zakopanego. Przybyła w stanie, jak wyżej opisano. Zmiany u chorej przedstawiały się: w obu płucach przytłumienie do 3-go żebra i ½ łopatki, drżenie głosowe wzmożone, pod prawym obojczykiem „bruit de pôt fêlé". Wysłuchowo oddech po stronie prawej z przodu nad obojczykiem i do 2-go żebra oskrzelowy z odcieniem amphorycznym, tamże sporo rzężeń grubo bańkowych dźwięcznych, przytem rozsiane drobno i średniobańkowe rzężenia wilgotne na całej przestrzeni z tyłu; oddech przy grzebieniu oskrzelowy, pozatem pęcherzykowy zaostrzony z wydechem przedłużonym, tamże sporo rzężeń średnio i drobno bańkowych, przy grzebieniu dźwięczne. Pozatem przy grzebieniu i pod obojczykiem wyraźna bronchophonia i periloquia. Płuco lewe osłuchowo: wszędzie pęcherzykowy oddech, wydech bardzo przedłużony, prawie chuchający, całe płuco prawie jednostajnie pokryte drobno i średnio bańkowatemi rzężeniami wilgotnemi, granica dolna na 11 kręgu dostatecznie przesuwalna. Roentgenologicznie: po stronie prawej całkowite plamkowate zaciemnienie bez wyraźnych granic poszczególnych ognisk, pod obojczykiem ubytek cieniowy wielkości małego jaja. Szczyt nie wyświetla się przy kaszlu; po stronie lewej plamkowate zaciemnienie o charakterze, jak w prawym, szczyt wyświetla się niedostatecznie. Rozpoznanie: Gruźlica serowato-włóknisto-wrzodziejąca płuca prawego i serowato-włóknista płuca lewego. Serce w postaci kropli wiszącej, dość wązkie, jednak bez zmian wyraźnych. W plwocinie b. liczne prątki gruźlicze (w polu widzenia 18—20) i sporo włókien sprężystych. Widząc beznadziejność tego przypadku zaproponowałem rodzinie odmę sztuczną obustronną, na co chętnie zgodzili się nie widząc innego wyjścia. Założyliśmy początkowo po stronie prawej, nastąpił pewien spadek ciepłoty, mimo to jednak, po 5-iu tygodniach założyliśmy odmę lewostronną, kontynuując w następstwie kolejno raz po jednej, raz po drugiej stronie, mniej więcej jak w przypadkach poprzednio opisanych. Po 3-ch miesięcznej kuracji zaczęła uczuwać pewną duszność, kaszel jednak utrzymywał się nadal, samopoczucie poprawiło się znacznie; ciepłota wykazała się tylko stanem podgorączkowym, mimo to jednak nie udało się uzyskać żadnego przybytku wagowego. Chora werandowała po 4 godziny dziennie. Całą kurację odmową miała stosowaną przez 7 miesięcy, w następstwie jednak czuła się dość słaba, mimo to jednak odmę podtrzymywaliśmy, działając jednocześnie i na akcję sercową. Mimo to jednak chora zmarła po osmiu i pół miesiecznej kuracji.

Obserwacja V.

Nie wdając się już w więcej szczegółowe opisy, krótko streszczam stan i przebieg:

Kob. lat 25. Rozpoznanie: gruźlica serowato-włóknista górnego i środkowego płatu obu płuc. Ciepłota do 39,2. Koch obfity w plwocinie. Choruje od półtora roku. Obustronna odma przez 5 miesięcy. Stan poprawił się; przybytek wagowy; spadek ciepłoty do normy; samopoczucie dobre. Wypisała się. by dalej kontynuować kurację.

Obserwacja 6.

Męż. lat 29. Obustronna gruźlica serowato-włóknisto-wrzodziejąca obu górnych płatów płucnych. Ciepłota 37,0—38.5. Dość silne osłabienie i spadek wagi. Obustronna odma wykonana, jak w przypadkachi poprzednich; ogólna poprawa, stan lekko podgorączkowy, przybytek wagowy. Wypisał się; dalsze losy chorego niewiadome.

Podając te kilka przypadków do wiadomości, ośmielam się twierdzić, że obustronna odma opłucnowa w niektórych przypadkach już zupełnie beznadziejnych jak np. zwłaszcza I i II, ratuje życie chorego i może to życie utrzymać; w innych przypadkach (obser. 4.) to beznadziejne życie przedłużyć, umożliwiając choremu względnie znośną egzystencję. Niestety jednak, nie można dać żadnych ścisłych wskazówek do tego obustronnego zabiegu. Każdy przypadek należy traktować ściśle indywidualnie bacząc na niektóre zwłaszcza objawy, jak ciepłota, ilość plwociny a co najważniejsze na duszność i ogólne samopoczucie. Zaznaczyć jednak trzeba, że prawie każdy przypadek odmy obustronnej, początkowo trzeba traktować jako próbę i dopiero jeżeli niema niepokojących objawów, można kontynuować dalej. Trudności głównie z tego powodu, że już samo zastosowanie tego zabiegu, zwykle postanawia się w sprawach daleko zaawansowanych, nieraz u stosunkowo już będących w okresie wyniszczenia gruźliczego. Kończąc pragnę zaznaczyć, że do odmy obustronnej należy możliwie najwcześniej przystąpić by uniknąć przez dłuższe trwanie sprawy ewentualnego wytworzenia się dużych zrostów opłucnowych, uniemożliwiających zastosowanie tego obustronnego zabiegu.

Piśmiennictwo:

1) Abbott: Artificial bilatéral pneumothorax, Illinois Medical Journal. L. 37/20. — Bezancon et Jacouelin: Revue de la tuberculose. L. 3é1924. — 3) Tobé et Terrasse: Le pneumothorax Therapeutique Bilateral Simultane, Rev. de la Tuberculose. L. 4/1926. — 4) Gwerder Pedoja: Zeitschrift f. Tuberculose L. 5/1917. — 5) Hervé: Paris medical, 29 juliet 1922. — 6) Samson: Münchener med. Woch. L. 11/1925. — 7) Sorgo u. Suugman: Handbuch der gesamten Tuberkulosetherapie 1923. — 8) Chabaud: La bilatéralisation et son traitement, Thèse Paris 1925. — 9) Rist Coulaud et Chabaud: Le pneumothorax therapeutique bilateral simultané, Builletin de la Societé med. hop. Paris L. 39/1925. — 10) Guinard: Bulletin de la Societé des medecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiéne sociale L. 4/1925. — 11) L. A. Dobrowolski: Kwestja gazu przy odmie sztucznej i zastosowanie nowego aparatu do jej zakładania. Pol. Gaz. Lek. L. 43/1926. — 12) Kindberg: Presse médicale L. 22/1924. — 13) Bernard: La tuberculose Pulmonaire 1925. — 14) Faguioli: Zeitschr. f. Tuberculose vol. 12/19,4. — 15) Destrês: Le pneumothorax bilateral simultané, Bulletin de la Sociéte de medecine et climatologie de Nice L. 46/1926.

Dr. K. KAUCZYŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

Przypadek ostrej rzeżączki u 2 i pół letniego chłopca.

Z Kliniki dermatologicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Lenartowicz.

O ile ostre i przewlekłe schorzenie rzeżączkowe części rodnych u niemowląt płci żeńskiej i u małych dziewczynek nie należą do rzadkości, rzeżączka u małych chłopców zachodzi bardzo rzadko. Ta rzadkość jest też powodem ogłoszenia przypadku niżej opisanego.

Do przychodni zgłosiła się matka z chłopcem z powodu bólów, na jakie się skarży przy oddawaniu moczu oraz z powodu wydzieliny ropnej, która się wydobywa dość obficie z pod napletka. Wywiady ustaliły, że matka jest żoną wyższego urzędnika, ma jeszcze dwoje starszych dzieci zupełnie zdrowych. W opiekowaniu się dziećmi pomaga matce niańka lat 18 licząca, pozornie zupełnie zdrowa i czysta. Dziecko ma osobne łóżko. Żadnych poważniejszych chorób dotychczas nie przechodziło. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 4 dniami; dziecko zaczęło płakać przy każdem oddawaniu moczu oraz skarżyć się na ból w członku. Równocześnie zauważyła matka, że ujście napletka się zasklepia, oraz że pod napletkiem zbiera się ropa. Zastosowała odczyszczenie napletka ciepłą wodą, a gdy objawy zapalne się nie zmniejszały — zgłosiła się do przychodni po poradę.

Stan obecny: Chłopiec lat 2 i pół, wzrostu odpowiedniego wiekowi, budowy proporcjonalnej, odżywienia bardzo dobrego i starannie pielęgnowany. Pod względem umysłowym dziecko, jak na swój wiek, jest bardzo dobrze rozwinięte. Skóra jest jędrna, różowa, z obfitą podściółką tłuszczową, jedynie pod oczyma sine obwódki, dość silnie się zaznaczające. Na skórze głowy, tułowia i kończyn nie zauważa się zmian. Na członku brzeg napletka obłożony złogami zeschniętej ropy, zaczerwieniony, z treścią ropną w ujściu. Po odprowadzeniu napletka, co udaje się z łatwością dokonać, widać że ujśce cewki jest zaczerwienione a brzegi jego lekko wywinięte; z wnętrza wydobywa się obficie wydzielina ropna, dość gęsta, barwy białawo-żółtej. W rowku okołożołędziowym zalegająca treść spowodowała zapalenie żołędzi stopnia miernego. Cewka przy obmacywaniu bolesna, gruczoły pachwinowe są nieznacznie powiększone. Jądra i przyjądrza są niezmienione. Wydzielina ropna z ujścia cewki, utrwalona na szkiełku i zabarwiona błękitem metylenowym metodą Loefflera oraz metodą Grama wykazała, obecność licznych dwoinek Neissera, przeważnie śródkomórkowych. Mocz, oddany do dwóch szklanek. wykazał pierwszą cześć lekko mętną, z kłaczkami wydzieliny ropnej i śluzu, druga część moczu była zupełnie czysta. Na tej podstawie rozpoznałem *ostre zapalenie rzeżączkowe przedniej części cewki*. Le-

czenie rozpocząłem wstrzykiwaniami strzykawką tryprową o nasadce gumowej rozczynu 1/4% Argoniny i podawaniem na wewnątrz pastylek Mexamethylentetramin 0,20 gr. dwa razy dziennie po jedzeniu. Przebieg nie przedstawiał nic ciekawego i mało się różnił od przebiegu rzeżączki u ludzi starszych.

Godnym uwagi w tym przypadku jest nie tyle sam przebieg i leczenie, — ile sposób, w jaki chłopiec ten uległ zakażeniu. Tutaj, niestety, nie możemy opierać się na faktach, lecz tylko na domysłach. Najprostszem przypuszczeniem jest, że zakażenie nastąpiło za pośrednictwem bielizny, pościeli, gąbki do mycia, wspólnej kąpieli i t. d., od osoby z najbliższego otoczenia. Prawda, że badania *P. Engeringa* nad zdolnością utrzymywania się gonokokków w rozmaitych przedmiotach wykazały, że naprzykład w wodzie kąpielowej dwoinki rzeżączkowe utrzymywały się przez 4½ godziny, w kąpieli solankowej przez 1½ godziny, a w gąbkach do mycia przez czas do 24 godzin, jako zdolne do zakażenia. Taki moment zakażenia moglibyśmy przypuścić u dziewczynki lub u chłopca z obciętym napletkiem, lecz nie u dziecka z długim, dość szczelnie osłaniającym ujście cewki napletkiem, co z natury rzeczy może stanowić dobrą ochronę przed możliwem zakażeniem za pośrednictwem przedmiotów. Że przedmioty mogą odgrywać rolę pośredników zakażenia, rzeżączkowego u nieletnich, potwierdzają różne statystyki, — jednak zawsze z olbrzymią przewagą zakażeń u dziewczynek a nie u chłopców. N. p. amerykańska statystyka z Zakładu poprawczego dla młodzieży nieletniej wykazała na 333 chłopców tylko 9 przypadków rzeżączki, co się równa 2.7%; natomiast na 231 dziewczynek aż 118 przypadków co się równa 51.1%. Również berlińska statystyka Alterthuma za czas od 1919 do 1925 roku wykazuje na 790 przypadków zapaleń rzeżączkowych sromu i pochwy u dziewczynek, — tylko 14 przypadków rzeżączki u chłopców w wieku od 4 do 13 lat. Takie poszczególne ogłoszenie autorów, przeważnie hiszpańskich i portugalskich, jak Lima, Bamosa, Ponce de Leona, Villar Rafaela, i td, podające przyczynki do kazuistyki rzeżączki u chłopców, podkreślają ogromną rzadkość tych schorzeń poniżej 3 lat. Ingman Ake zebrał za czas od 1898 do 1924 roku wszystkiego 10 przypadków rzeżączki u chłopców, z tego w 25% u żydów. Z tego widzimy, że dla przyjścia do skutku zakażenia rzeżączkowego chłopców nieletnich muszą zaistnieć jakieś szczególne warunki. Że takie warunki zajść mogą będę się starał uzasadnić.

Po wykluczeniu zakażenia za pośrednictwem przedmiotów pozostaje możliwość zakażenia drogą płciową. O czynnej roli chłopca w tej sprawie można wątpić, chociaż tacy znawcy życia płciowego u dzieci, jak Freud, Stelzel. Ferenczi, chcą widzieć objawy początku życia płciowego jeszcze w okresie życia płodowego. W każdym razie znanym jest fakt, że niekiedy zaraz po urodzeniu się wydarza się u chłopców przemijający wzwód prącia. Również w pierwszych tygodniach, miesiącach i latach widzi się często u chłopców na długo jeszcze przed okresem rozwoju płciowego, — wzwód członka po zbudzeniu się ze snu. Co jest przyczyną tego, czy towarzyszą temu, jakie senzacje psychoseksualne, czy też da się to wytłumaczyć wypełnionym pęcherzem moczowym, — trudno rozstrzygnąć. Nasuwa się teraz pytanie, czy taki stan wzwodu u 2 i pół letniego chłopca nie mógł być wykorzystanym przez niesumienną, zboczoną piastunkę dla celów świadomej lub nieświadomej pedofilji, lub też masturbacji? Sądze, że tak, — a samo zbliżenie prącia dziecka do części rodnych chorej piastunki mogło wystarczyć na zpowodowanie zakażenia. Przypuszczenie to, zdaje się, potwierdzać fakt, że piastunka owa odmówiła zbadania przez lekarza, a naciskana przez chlebodawców opuściła służbę, nie dając żadnych wyjaśnień.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Wyjątek ze sprawozdania z czynności i posiedzeń Polskiej Akademii Umiejętności. Tom XXXI. Luty 1927. Nr. 2.

Czł. T. Browicz podaje dalsze uwagi o znaczeniu biologicznem wyrostka robakowatego.

Uwagi, pomieszczone w komunikacie podanym Akad. Umiej. w październiku 1926, oparł autor na następującej podstawie.

1) Żadna część organizmu nie jest pozbawiona znaczenia biologicznego, a w harmonijnem współdziałaniu wszystkich, chociażby pozornie obojętnych, części organizmu tkwi istota prawidłowości, zdrowia.

Szczegół ten nie podlega wątpliwości. Dowodzi tego poznawanie znaczenia biologicznego różnych części organizmu, zupełnie przedtem nieznanego.

2) Wyrostek nie ma udziału w czynności trawienia czy dotrawiania.

Trawienie czy dotrawianie nie odbywa się przecież w obrębie wyrostka. To nie ulega również wątpliwości. Świadczy o tem zwykła treść wyrostka, wydzielina śluzówki. Tylko niekiedy znajduje się w wyrostku treść kałowa, pochodząca z kątnicy.

Mikroby, a więc i prątek okrężnicy, dostają się do przewodu pokarmowego z zewnątrz, rozmnażają się głównie w okrężnicy, tworzą znaczną część kału.

Mnożą się one i w wyrostku, dokąd dostają się z kątnicy.

Poglądu, jakoby wyrostek był hodownią prątka okrężnicy, nie popiera treść wyrostka, wydzielina śluzówki, zawierająca różne mikroby.

Nie można więc uważać wyrostka, jak to niektórzy autorowie podają, za dostawcę mikrobów wogóle, a przedewszystkiem prątka okrężnicy, celem dotrawienia treści kątnicy.

Czynność biologiczna, części narządów organizmu jest albo miejscową, niewpływającą na inne części organizmu czy na cały organizm, albo ma cechy czynności wpływającej na inne części organizmu czy na cały organizm, jak gruczoły płciowe, a więc cechy czynności ogólniejszej natury, a nawet cechy czynności kilkorakiej.

Skoro wyrostek nie ma udziału w trawieniu czy dotrawianiu, a jakąś czynność — a jest to u człowieka narząd stały — spełniać musi, jak każda część organizmu, przeto spełnia on jakąś czynność ogólniejszej natury.

Taką czynność spełniają tkanki o charakterze dokrewno-wydzielniczem.

3) Do powyżej przytoczonych dwóch szczegółów dołącza się trzeci szczegół, odnoszący się do budowy wyrostka.

Budowa wyrostka różni się od budowy okrężnicy wydatniejszym, a nawet niekiedy wydatnym, pokładem limfatycznym, brakiem taśm mięsnych, różnym udziałem składników, ściany wyrostka; różnostopniowym rozwojem, rozrostem, wyrostka.

Właściwości te, różniące wyrostek od okrężnicy, zwracają na się uwagę, wskazują one na jakąś ważniejszą czynność wyrostka w organizmie.

Gdy wyrostek nie spełnia czynności uprzywilejowanej hodowni mikrobów ani też nie ma udziału w trawieniu, jak to z powyżej podanych względów wynika, przeto nasuwa się, samo przez się, przypuszczenie, że wyrostek może mieć jakiś udział w czynnościach organizmu ogólniejszej natury.

Ważnym jest udział nabłonka w budowie wyrostka.

Ogniska nabłonkowe w śluzówce, o których mowa w październikowym komunikacie, zwróciły na się uwagę, przypisywano im charakter tworów dokrewno-wydzielniczych.

Gdyby się nawet okazać miało, a to już tak tłumaczono, że ogniska te to obrazy przekrojów zatok gruczołowych w śluzówce, to i w takim razie ogniska te mogłyby mieć znaczenie i ważność składników tworów dokrewno-wydzielniczych.

Tak ogniska nabłonkowe samoistne, czy wreszcie komórki nabłonkowe, wchodzące w skład zatok gruczołowych, mogą mieć charakter dokrewno-gruczołowy.

Charakter tkanki jako dokrewno-wydzielniczej związany byłby w wyrostku chyba z nabłonkiem, z komórkami nabłonkowemi tak, jak w tarczy, w przytarczycach.

Mikroskopijnego piętna tkanki dokrewno-wydzielniczej nie znamy i bodaj nie poznamy. O tym charakterze dowiadujemy się dopiero ze spostrzegania klinicznego, a więc dokonywanego za życia organizmu.

Nie badanie anatomiczne ani histologiczne, a więc czysto morfologiczne są podstawą poznawania czynności i znaczenia części, narządów organizmu.

Tą drogą nie doszlibyśmy do znajomości czynności i znaczenia biologicznego różnych części organizmu.

Dlatego też autor taką wagę przypisuje spostrzeganiu klinicznemu, a więc za życia organizmu dokonywanemu. Tylko spostrzeganie kliniczne rozstrzygać może o dokrewno-gruczołowości wyrostka.

Ponieważ wyrostek spełnia jakąś czynność, jakąkolwiekby ona była, i przyczynia się do harmonijnego współdziałania dla zdrowia organizmu, przeto, jak to autor w październikowym komunikacie powiedział, nie należy go usuwać bez koniecznego wskazania.

Dociekanie rozumowane (spekulatywne), doświadczalne, morfologiczne (anatomiczne i histologiczne), niemniej kliniczne zarówno ważne, nawzajem się uzupełnia, wspiera. Tej bodaj słusznej zasady przestrzegać się winno w badaniach biologicznych, przedsiębranych co do organu człowieka.

LIST Z PARYŻA.

W dniu 25. IV. w Wielkiej Sali Instytutu Pasteura rozpoczął się Zjazd rabiologiczny międzynarodowy zwołany przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów. Zjazd otworzył przemową wstępną Dyrektor Instytutu Dr. Roux zaznaczając, że z pośród współpracowników Pasteura, którzy nad tem ostatniem dziełem mistrza pracowali wspólnie, on tylko jeden ostatni pozostał i wita tych, kórzy to wielkie dzieło do dalszej pracy przyjęli. Instytut Pasteura nie wprowadził do metody żadnych zasadniczych zmian z wyjątkiem tylko modyfikacji Calmette'a, polegającej na zanurzeniu rdzeni otrzymanych z zarazka stałego w glicerynie, która zatrzymuje stopień jadowitości ten, jaki był w dniu zanurzenia do gliceryny, po pewnym czasie suszenia. Rdzeń taki używa się w ciągu dni nie więcej niż dwudziestu, poczem zostaje zastąpiony przez świeży.

Metoda ta daje wyniki dobre, przy braku jakichkolwiek powikłań w rodzaju porażeń poszczepiennych, które zauważono w niektórych zakładach.

Członkowie Zjazdu podzielili się na 4 komisje, a mianowicie:

1. Komisja badań nad naturą zarazka (morfologja i biologja). Przewodniczący: Bordet (Belgja), Marié (Francja), Kraus (Austrja).

2. Technika szczepienna: modyfikacje przygotowania zarazka i wykonywania szczepień. Przewodniczący: Mc. Kendrick (Brytanja), Bujwid (Polska).

3. Powikłania poszczepienne: porażenia, podrażnienia miejscowe: Przewodniczący: Pfeiffer (Niemcy), Złatogorof (Rosja).

4. Szczepienia zwierzęce. Przewodniczący: Di Vestia (Włochy), Iitajoma (Japonja).

Komisje obradowały w ciągu 5 dni, przed i popołudniu. Obrady były naogół bardzo ożywione i dyskusja zajmująca, ze względu na ilość reprezentantów i różnorakość warunków miejscowych, w jakich szczepienie bywa wykonywane. Nie można również nie zaznaczyć, że w ciągu lat 40 od czasu wynalezienia metody zauważono różne rodzaje jadowitości zarazka, o których mówiliśmy już streszczając referat zbiorowy Marié, Remlingera i Valle'a, jak również wprowadzono zmiany w stosowaniu metody oraz zaznaczono niejednakowy wpływ szczepień na różne osobniki.

W pierwszym zaraz dniu popołudniu Manoucliau pracujący pod kierownictwem Levaditi'ego zademonstrował swe spotrzeżenia nad odkrytym przez się Encephalitozoon rabiei. Nie można jednak powiedzieć, ażeby jego wywody i demonstracja były dość przekonywujące. Pierwsza komisja dała też wyraz temu w swem orzeczeniu, które później przytoczymy.

Najdłużej dyskutowano nad metodą szczepień i jej modyfikacjami, głównie z uwagi na wpływ szczepionki na możność wywołania objawów ubocznych, znanych pod formą porażeń poszczepiennych. Tutaj poglądy były bardzo rozbieżne. Jedni, jak J. Koch z Berlina, sądzili, że objawy porażenne są wynikiem działania zarazka wścieklizny ulicznej i byłaby to zatem pewna osłabiona forma działania zarazka wprowadzonego przez pokąsanie. Pogląd ten pozostał odosobniony, wobec zwłaszcza stwierdzenia, że porażenia występowały u osób szczepionych, które wcale nie uległy pokąsaniu i poddane zostały szczepieniom tylko ściśle ochronnym. Takich spostrzeżeń przytoczono kilka, wobec czego wpływ szczepionki staje się zupełnie widoczny. Bujwid podniósł wpływ regeneracji jadu stałego uwidoczniony w Zakładzie Krakowskim od roku 1910, gdzie obecnie nie spostrzega się porażeń, gdy jad stały stosowany do roku 1910 powodował coraz częstsze przypadki porażeń. Wówczas stosowaliśmy jad stały z Paryża stale przeszczepiany z królika na królika, który pod wpływem przyzwyczajenia do namózgowego działania od szeregu pokoleń mógł nabrać własności neurocytolitycznych.

Podobne przypadki zauważono w Berlinie, skutkiem czego Neufeld również wprowadził szczep odnowiony. Zdaniem niektórych badaczy jak: Remlingera, Schnürpra i in. samo wprowadzenie większej ilości tkanki obcej nerwowej może ten wpływ wywierać. Schmürer przytoczył doświadczenia na psach, którym wstrzykiwano rdzeń zdrowych królików i otrzymano porażenia. Niewątpliwie jednak porażenia występują tylko u osób odpowiednio wrażliwych i należą do względnych rzadkości.

Kraus przytoczył spostrzeżenia dotyczące szczepień podczas i po wojnie w Wiedniu. Przed wojną było mało porażeń, podczas wojny gwałtownie się powiększyła ich liczba, później znowu spadła. Wszyscy zgodzili się, że porażenia występują u osób w wieku średnim tylko z pośród inteligencji. Warstwy mniej oświecone i dzieci są od porażeń wolne.

Zalecono też ostrożności w dawkowaniu żywego zarazka, który u jednych może nie wywołać żadnych następstw u innych może spowodować wyraźną szkodę. Zaznaczono ze strony Brytyjskich kolonji indyjskich, które przedstawiły statystyczne dane dochodzące do kilkudziesięciu tysięcy szczepionych, że metoda szczepienia zarazkiem zabitym stosowana w Karauli odznacza się brakiem porażeń. Mc. Kendrick i Haylor wobec tego silnie podtrzymują korzyść metody szczepienia zarazkiem całkowicie zabitym według metody Semple'a; statystyka wykazuje różnicę w stosowaniu u tubylców. Śmiertelność wśród Hindusów przy stosowaniu metody Semple'a wynosi około 1%, gdy u Europejczyków nie przenosi 0.25%, t. j. cyfry takiej, jaką podają wszystkie zakłady stosujące dawną metodę Pasteura. Dlaczego śmiertelność wśród Hindusów tak wysoka? Przedewszystkiem pokąsania następują zawsze w gołe ciało, gdyż mieszkańcy chodzą prawie nago i boso; pokąsania Hindusów bardzo często są niezwykle silne, bardzo często w głowę i twarz, zwłaszcza przez szakale dotknięte wścieklizną. Pokąsani z reguły zwracają się do leczenia późno, często już w okresie końcowym wylęgania. Niebezpieczeństwo rodzaju pokąsania u Hindusów jest 4-krotnie większe niż u Europejczyków i temu też stopniowi niebezpieczeństwa odpowiada stopień śmiertelności pomimo leczenia.

Uderzająco wielką jest ilość psów w Indjach Brytyjskich, których tępienie jest mocno utrudnione przez przepisy religijne zabraniające zabijania zwierząt zwłaszcza domowych. Mc. Kendrick podaje ilość psów w kolonjach brytyjskich na klka miljonów.

Obok Rosji, gdzie jest 55 zakładów leczenia wścieklizny — według Złatogorowa, Indje brytyjskie dostarczają największej ilości pokąsań.

Przytoczymy teraz wnioski wszystkich 4-ch komisji, opracowane przez referentów komisji i koreferentów, do liczby których zaliczyć należy prof. Prausnitra z Wrocławia bardzo czynnego pracownika przy układaniu wniosków.

1. Pierwsza komisja uznaje zarazek za przesączalny. Z preparatów Levaditi i Manoucliana nie można jeszcze wysnuć wniosków co do natury zarazka; nie wiadomo czy jestto pierwotniak, czy bakterja. Również nie można orzec, czy ciałka Negri'ego stanowią stopień rozwoju zarazka czy też zwyrodnienie komórek lub ich odczyn na zarazek.

2. Druga komisja łącznie z trzecią przyjmując za pewnik skuteczność metody oryginalnej Pasteura lub jej modyfikacji przy zastosowaniu gliceryny, zaznacza przedewszystkiem nieszkodliwość stosowania zarazka stałego żywego w większości przypadków. W przypadkach wyjątkowych może on jednak wywołać zakażenie. Zarazek zabity zastosowany przez niektóre Zakłady daje dostateczny stopień odporności (a więc metoda Semple'a lub eterowa). Co do objawów porażennych spostrzeganych po szczepieniach nie wiadomo dotąd, w jakim stopniu działa tutaj rodzaj stosowanej szczepionki. Wiadomo natomiast, że usposobienie wytwarzane przez alkoholizm, przymiot, obciążenie nerwowe, nagłe przeziębienie i przepracowanie w wysokim stopniu przyczyniają się do wywołania porażeń, najczęściej spostrzeganych w wieku od 20—60 lat i u inteligentów. Przypadki te są rzadkie w krajach podzwrotnikowych u miejscowej ludności.

Przy nieuszkodzonym naskórku nie zachodzi potrzeba szczepień. Przeciwnie szczepić należy po zetknięciu ze śliną błon śluzowych, choćby nieuszkodzonych (usta, nos, spojówka).

Należy na większym materjale zastosować próby w niektórych Zakładach ze szczepionką fenolowaną i eteryzowaną. Należy również wypróbować szczepionkę otrzymaną z różnych szczepów miejscowych, oraz działanie zarazkobójcze surowicy człowieka i zwierząt po wykonaniu szczepień uodparniających.

Zjazd zaznacza potrzebę rozpowszechnienia wiadomości uzyskanych po odbytej konferencji pomiędzy różne zakłady obecnie czynne i prosi o to organizację Higjeny Ligi Narodów, jak również o wykonanie poszukiwań nad takim zarazkiem stałym, który najlepiej uodparnia. Dla tego celu należy przesyłać próby jadów stałych do jednej instytucji uznanej za centralną.

Konferencja prosi również Organizację Sanitarną Ligi Narodów o ogłaszanie statystyki różnych Zakładów. W tym celu każdy zakład byłby obowiązany przesyłać tej Organizacji wyniki swej pracy corocznie. Należy poddawać obserwacji wszystkie przypadki leczone przez 6 miesięcy do roku i zawiadamiać o tem zakłady lecznicze przez organy miejscowe władz sanitarnych.

Każdy Zakład obowiązany byłby podawać śmiertelność ogólną (bez wyłączeń) podając zarazem:

1) Rodzaj zwierzęcia kąsającego.

2) Rodzaj pokąsania: głębokie, powierzchowne, niewidoczne, w ciało gołe — przez ubranie.

3) Miejsce ukąszenia: głowa, ręka, tułów, kończyny. (Przy ukąszeniach licznych miejsce najważniejsze).

4) Czas upłyniony po ukąsaniu: mniej niż 4 dni, 4—7 dni, powyżej 7 dni.

5) Szczegóły stosowania szczepionki i metodę szczepień.

6) Każdy przypadek porażenia ma być szczegółowo opisany co do przebiegu i wyniku.

7. Należy zaznaczyć, czy przypadek wystąpił w Zakładzie lub po za nim.

3. Czwarta komisja zaznacza, że dotychczas obowiązujące środki administracyjne dążące do zmniejszenia częstości pokąsań i samej wścieklizny nie mogą uledz większym zmianom, jakkolwiek doświadczenie wykazało skuteczność szczepień ochronnych przeciwko wściekliźnie psów i innych zwierząt domowych.

Jest wszakże pożądanem wykonywanie dalsze szczepień ochronnych u psów. Szczepienie winno być wykonywane o ile możności jednorazowo, zapomocą zarazka stałego zabitego, ale posiadającego własności uodparniające lub zapomocą żywego, lecz niezakażającego drogą podskórną lub domięśniową. Szczepienie należy ponawiać co roku. Wykonywać je mogą tylko zakłady szczepienne, szkoły weterynarskie lub specjalnie do tego upoważnione przez władzę osoby fachowe, zwłaszcza w okresie przejściowym, próbnym.

Psy szczepione ulegać mają kontroli po 4-ech miesiącach od zaszczepienia. Psy ukąszone przez zwierzęta napewno wściekłe mają być zabijane, bez względu na to, czy były szczepione czy nie. Podejrzane o ukąszenie mogą być szczepione z warunkiem 6-cio miesięcznej obserwacji. Koty pod żadnym pozorem nie mogą być szczepione.

Inne zwierzęta niż psy mogą ulegać szczepieniu tam tylko, gdzie wścieklizna jest mocno rozpowszechniona. Szczepienie po ukąszeniu może być wykonane nie później niż 10 dnia po ukąszeniu. Do rzeźni mogą być takie zwierzęta doprowadzone nie później niż 8-go dnia po ukąszeniu i nie wcześniej jak po 3 miesiącach. Najpewniejszym środkiem ograniczenia wścieklizny u psów jest ograniczenie ich swobody przez kagańce i wiązanie na łańcuchu oraz niszczenie psów włóczęgów. Przepisy te należy uwzględnić w odnośnem prawodawstwie wszystkich państw.

O. Bujwid.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Prof. Dr. T. Browicz nadsyła następujące uwagi co do wadliwości mianowniczych i językowych napotkanych w Polskiej Gazecie Lekarskiej:

zamiast „tyreotoksykoza" ma być „przetarczyczenie (organizmu), zatrucie tarczyczne",

zamiast „czerwienica" ma być „przekrwinkowienie, czerwonokrwinczystość, czerwonokrwinkowność",

zamiast „prekapilary (naczynia)" ma być „przedwłoskowate (naczynia)",

zamiast „presklerozis" ma być „przedstwardnienie",

zamiast „hypertonja" ma być „przewrażliwienie błednonerwowe, nadnapięcie, nadnapiętość, nadmierne napięcie (błędno-nerwowe)",

zamiast „adsorbować" ma być „przychłaniać, wiązać powierzchniowo",

zamiast „adsorpcja" ma być „przychłanianie, wiązanie powierzchniowe",

zamiast „adsurpt" ma być „przychłonka, przychłonne, substancja przychłoniona",

zamiast „parałuszczyca" ma być „łuszczycowatość",

zamiast „taboparalysis" ma być „porażenie rdzeniowe",

zamiast „anafilaksja" ma być „przewrażliwienie",

zamiast „dermatitis dysmenorrhoica, dysovarrica" ma być „skórzyca miesiączkowa, odjajnikowa".

zamiast „saprofit" ma być „mikrob trupi, gnilny (nazwa właściwa)",

zamiast „euforja" ma być „czucie zdrowia, dobre mienie się",

zamiast „dyssocjowanie" ma być „rozdzielenie, rozluźnienie",

zamiast „cowperitis" ma być „gruczulica opuszkowo-cewkowa",

zamiast „prostatitis" ma być „sterczyca, zapalenie sterczu"

zamiast „tuberkulidy" ma być „gruźliczyny, osutki gruźlicze".

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

American Journal of Roentgenology.

April, 1926.

Prof. Dr. Holzknecht. *Leczenie promieniami Roentgena samoistnych, pourazowych oraz pooperacyjnych zakażeń ziarenkowcowych* (gronkowcowych, paciorkowcowych) *i ropnych spraw chorobowych.*

W ciągu ostatnich 20 lat wielokrotnie ogłaszano przypadki zdumiewająco szybkiego znikania zastrzałów i innych zakażeń ropnych po naświetlaniu promieniami Roentgena.

Chirurg Heidenhain zaczął studjować działanie to dokładniej, zwróciwszy uwagę na przypadki długotrwałego ropienia pooperacyjnego, w których nieoczekiwane wyleczenie nastąpiło w przeciągu kilku dni po dłużej trwającem prześwietleniu radjodiagnostycznem i dokonaniu kilku zdjęć*).

Poddając ścisłej krytyce wyniki Heidenhaina i Frieda, nie można oprzeć się wrażeniu, że roentgenoterapja ostrych i podostrych ropnych zakażeń wprowadzi radykalną zmianę w ich dotychczasowem leczeniu. Zaznaczyć należy, że naświetlanie promieniami Roentgena stosował ten autor w przypadkach najcięższych (243 przypadki), w których przebieg był szczególnie niebezpieczny, a zwykłe metody leczenia zawodziły, (ropowice, pooperacyjne zapalenia płuc). W dużej liczbie przypadków następowało wyleczenie w przeciągu kilku godzin po pierwszem naświetleniu.

Według doświadczeń Holzknechta w 50% do 90% najcięższych przypadków następowało albo prawie bezpośrednie wyleczenie, albo też wynik korzystny występował w przeciągu o wiele krótszego, niż zwykle czasu, niekiedy po przeprowadzeniu drobnych, pomocniczych operacyj (nakłucia, niewielkiego nacięcia).

Według Heidenheina najskuteczniejsze są bardzo małe dawki. Należy używać promieniowania średnio twardego, filtrowanego przez 0,5 mm cynku przy zastosowaniu 1/5 jednostkowej dawki skórnej t. zn. około 2H .W sprawach o bardzo ostrym przebiegu wskazana dawka 1H, u dzieci $^1/_2$ — $^3/_4$ H. Jeśli wynik jest w ciągu 4—6 dni niezupełny, należy tę samą dawkę powtórzyć raz jeszcze względnie dwukrotnie.

Stosując wyższe dawki nie osiąga się pożądanych wyników.

Po naświetleniu objawy czasami się zaostrzają, następnie zaś w 60% znikają szybko w ciągu 24 godzin, względnie ustępują powoli po kilku dniach, bądź zupełnie bez śladu, bądź też z wytworzeniem się niewielkich ognisk rozmiękczenia, które należy w czas przeciąć lub nakłuć, gdyż w przeciwnym razie może nastąpić ponowne zaostrzenie się i nawrót.

Nie należy nigdy przecinać przed naświetlaniem; jednak po naświetleniu chirurg musi bacznie obserwować chorego, żeby w odpowiednim momencie wkroczyć.

Jeśli po naświetleniu ból i obrzęk ustąpiły, utrzymuje się jednak gorączka, naciek i bardziej wzmożona wrażliwość, oznacza to, że niemożliwe jest wyleczenie bez wytworzenia się ropnia. Ropień ten może się przebić samoistnie. Lepiej jednakże otworzyć go niewielkiem nacięciem, gdyż zdarzyć się może, że opanowanie zakażenia przez siły obronne organizmu nie będzie trwałe i po pewnym czasie ropowica rozwinie się na nowo.

Chociaż więc nierzadko po naświetleniu trzeba będzie uciekać się do zabiegu chirurgicznego, jednakże około $^1/_3$ część najcięższych przypadków goi się szybko bez ropienia (wrzodzianki górnej wargi o złośliwym przebiegu, ropowice twarzy, szczęk i t. p.).

W około 10% — 20% przypadków leczenie zawodzi z nieznanych przyczyn.

Drobne ropnie, tworzące się po naświetleniu zawierają nierzadko ropę zupełnie jałową, posiadającą w dużym stopniu własność rozpuszczania drobnoustrojów (bakterjoliza). Również i krew w tym okresie jest silnie bakterjolityczna.

Naświetlenia lecznicze działają prawdopodobnie w ten sposób, że powodując rozpad krwinek białych, uwalniają zawarte w nich antytoksyny i bakterjolizyny, które umożliwiają szybkie zwalczenie zakażenia.

Dr. Zawadowski (Warszawa).

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 10. 1927.

Prof. Dr. J. L. Kritschewski: *O odporności krętka recurrens na działanie salwarsanu.* Stwierdza doświadczalnie, że Salwarsan uważany dotychczas za środek wybitnie krętkobójczy nie osiągnął jeszcze zamierzonego celu; z tego powodu wskazane są dalsze dociekania nad chemo-lecznictwem schorzeń krętkowych.

Dr. W. Frégonneau, Karlsruhe. *Wyniki serodiagnostycznych prób na nowotwory złośliwe metodą Kahna po ulepszeniu techniki.* Ulepszenie techniki polega na używaniu w tej metodzie opalometru. Wyniki dobre.

Prof. E. Frank, Dr. E. Hartmann Wrocław. *O istocie i poprawie leczniczej krwawiączkowych zaburzeń w krzepnieniu krwi.* We krwi prawidłowej istnieją czynniki, które wpływają na

---

*) Heidenhain i Fried. Roentgenoterapja spraw zapalnych. Arch. f. klin. Chir. 1924.

aktywizację proserozymu na serozym. To są t. zw. aktywatory. Czynniki hamujące t. zw. stabilizatory. Sądzą, że prawidłowo istnieje równowaga tych aktywatorów i stabilizatorów, zaś w krwawiączce (Haemophilia) tej równowagi brak. Stabilizatorów nie należy pomylić z antytrombiną. Tych stabilizatorów w krwawiączce jest więcej. Równowagę można sprowadzić sztucznie dodając do nich aktywizatory: Jeżeli do krwi hemofilika dodamy kroplę prawidłowego ludzkiego osocza (plasma phosphatć) to czas krzepnięcia odbędzie się w warunkach normalnych.

Nr. 11.

Prof. Dr. Carly Seyfarth. Lipsk. *O zmianach w krwi pod wpływem rozrzedzenia powietrza, a zwłaszcza o zachowaniu się ciałek czerwonych przyżyciowo ziarnistych.* Doświadczenia przeprowadzane nad zwierzętami umieszczonemi w przestrzeni o powietrzu rozrzedzonem wykazały zwiększenie się ilości przyżyciowo ziarnistych ciałek czerwonych w krążeniu. Wzrost ten pozostaje w zależności od wieku i stanu zdrowotnego narządów krwiotwórczych i jest najpewniejszą oznaką odczynu szpiku kostnego na zmianę napięcia tlenowego wskutek rozrzedzenia powietrza. Z tego powodu przy badaniach krwi u osobników przebywających w górach, a dalej i u lotników należałoby badać zachowanie się tych ciałek czerwonych.

Dr. Fritz Kauffmann. Berlin. *Do leczenia promieniami Roentg. mięśniaków macicznych i krwotocznych metropatji.* Naświetlań prom. R. należy unikać w tych stanach skoro dotyczą kobiet płciowo zdolnych, z powodu 1) możliwości uszkodzenia jajników i spostrzeganych nawrotów mięśniaka po kastracji. 2) jakoteż i z powodu silniej występujących objawów wypadnięcia funkcji w porównaniu z innemi zabiegami chirurgicznymi z zachowaniem jajników.

W okresie popłciowym wskazane są naświetlania za wyjątkiem 1) przypadków diagnostycznie niejasnych, 2) przy podśluzowem umiejscowieniu mięśniaka, 3) przy objawach uciskowych, 4) przy podejrzeniu na zwyrodnienie mięsakowate lub rakowate.

Dr. A. Adler. Lipsk. *O działaniach ubocznych synthaliny i sposobach zapobiegawczych.* Po syntalinie występują często objawy zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, a to utrata łaknienia, bóle w dołku, wymioty i biegunki. Niekiedy występuje urobilinurja. Być może pozostaje to w związku z toksycznem działaniem na wątrobę. Świadczą o tem także przypadki żółtaczki po synthalinie. Skłoniło to autora do podawania równocześnie ze synthaliną środka żółciopędnego decholiny w dawce po 0.5 gr. na każdą dawkę synthaliny. Wyniki pomyślne.

Nr. 12.

R. Meier. Göttingen. *O wykazaniu atropiny przy zatruciu.* Przedstawia przypadek dziecka, które struło się przez spożycie dużej ilości wilczej jagody. Badanie wykazało, że w 24 godzin po otruciu wilczą jagodą można wykazać w moczu obecność tej trucizny; natomiast we krwi na szczycie zatrucia nie zdołano wykazać obecności atropiny.

Bokelmann i Bock. Berlin. *O znaczeniu ilościowego obliczenia acetonu w przypadkach hyperemesis gravidarum.* Wychodząc z założenia, że u ciężarnych stosunkowo bardzo łatwo pojawia się w moczu aceton, z chwilą gdy nie pobierają pokarmów w dostatecznej ilości, zalecają badanie zawartości acetonu w krwi ciężarnych. W ciężkich przypadkach jego zawartość dochodziła do 400 mg ‰. W lżejszych wartości były niższe. Z tego względu radzą uznać poziom acetonu we krwi za wskaźnik leczenia hyperemesis ciężarnych, a zwłaszcza w odniesieniu do stawiania wskazań do przerwania ciąży.

Nr. 13.

Doc. S. György. Heidelberg. *Leczenie zapomocą naświetlanej ergosteryny.* Naświetlana ergosteryna podawana w dawkach od 2—4 mg dziennie w przypadkach krzywicy dziecięcej dawała dobre wyniki lecznicze. Także i przy zmięknieniu kości i w tężyczce można było tą drogą uzyskać znaczną poprawę. Ergosteryna o składzie $C_{27}H_{42}O$ znajduje się w grzybach i w drożdżach.

Abelin. Berno. *O podobnem działaniu nieorganicznego jodu do działania tarczycy.* Podawanie jodu jaszczurkom sprowadza w nich te same przemiany jakie można uzyskać przez podawanie tarczycy. Być może, że tutaj jod wchodzi w połączenie z białkiem ustrojowem lub z produktami przemiany białka i w tej postaci wpływa na rozwój larw jaszczurek.

Dreyfus Hanau. Frankfurt. *O leczeniu malarją kiły mózgo-rdzeniowej i wiądu rdzenia.* Przez szczepienie malarji medycyna uzyskała dzielny środek leczniczy. Zastosowanie go przy wiądzie rdzenia daje dzisiaj dość dobre wyniki, jednakowoż przy p. p. znacznie lepsze.

Z. Tomanek (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 7. grudnia 1926 r.

Przewodniczący prezes prof. Sawicki.

Obecnych członków Twa 74.

Kol. Mikułowski: *Hepatitis gummosa lewego płatu wątrobowego u chłopca.* Pokaz przypadku.

W dyskusji kol. Trzciński utrzymuje, że w danym przypadku istniała rozlana sprawa luetyczna w wątrobie — a nie *gumat. Hepatitis luetica*, jak wiadomo od czasu pracy prof. Gluzińskiego przebiega z ciepłotą o charakterze pyemicznym. Kilak zaś wątroby nie wywołuje poruszeń gorączkowych. Trzciński przytacza krótki opis kilaków wątroby z własnych wspomnień, które to kilaki rozpoznane za życia i zakończone zupełnem wyleczeniem przebiegały zupełnie bezgorączkowo.

H. Sparrow i Kaczyński: *O szczepieniu przeciwpłoniczem w związku z epidemją bieżącą.*

W. Szenajch i Bogdanowicz: *Wyniki leczenia płonicy surowicą w czasie tegorocznej epidemji.*

W dyskusji: kol. Bączkiewicz zapytuje, czy brano pod uwagę stan nerek przed i po szczepieniu przeciwpłoniczem.

Kol. Szenajch wypowiada się za swoistością odczynu Dicka.

Kol. Zawadzki Ludwik. Państwowy Instytut słusznie zaprzestał stosowania szczepionki, przygotowanej według metody Dicków i nawrócił częściowo do bardziej swoistej metody Gabryczewskiego, która nie wywołuje szkodliwego działania miejscowego ani ogólnego i której stosowanie daje bardziej trwałe wyniki. Pożądanem byłoby stosowanie szczepionek, przygotowanych według oryginalnej metody Gabryczewskiego.

Kol. Ławrynowicz. Akcja szczepienna Wydziału Zdrowia m. Warszawy w r. 1925 — 26 dała możność wyciągnięcia pewnych wniosków i zastosowania ich do akcji podczas obecnej epidemji. Biorąc pod uwagę chwiejne często wyniki badania odczynu Dicka w roku ubiegłym, nie stosujemy wcale w roku bieżącym odczynu na wrażliwość przy szczepieniach masowych. O ile stabilizacja toksyny zostanie osiągnięta, odczyn próbny znów zostanie wprowadzony jako część integralna akcji szczepiennej. W roku bieżącym zamiast toksyny Dickowskiej do szczepień ochronnych używamy zmodyfikawanej szczepionki Gabryczewskiego tak zwanej szczepionki modo Celarek Państwowego Zakładu Higjeny, składającej się z zawiesiny paciorkowców + antytoksyna paciorkowcowa miareczkowana. Szczepionka ta posiada większe uzasadnienie teoretyczne, gdyż prowadzi do wytworzenia bardziej wszechstronnej odporności. Nadto przez zadziałanie formaliny na szczepionkę wpływ toksyczny jej występuje w postaci bardziej łagodnej. Ta okoliczność posiada niemałe znaczenie praktyczne ze względu na możliwość zadziałania toksyny na nerki. Akcja obecna sprawia wrażenie, że odczyn nerkowy występuje w postaci bardziej łagodnej. Po opracowaniu nagromadzonego materjału będą podane dokładne cyfry. Doświadczenie roku ubiegłego zwróciło naszą specjalną uwagę na kontrolę stanu nerek. Podczas akcji szczepiennej obecnej Wydziału Zdrowia badanie moczu stanowi część obowiązującą zabiegu i naogół tylko pojedyńcze osoby pozostają pod tym względem niesprawdzone. Co do wyników akcji, to można wysnuć przedewszystkiem z dokładnego zbadania przypadków zachorowań po szczepieniach. Zachorowania te naogół przy wejrzeniu głębszem, przemawiają na korzyść szczepień, gdyż mają przebieg łagodniejszy. Cała koncepja szczepień ochronnych przeciwpłoniczych w postaci rozmaitych preparatów paciorkowcowych ma uzasadnienie teoretyczne i praktyczne. Ostatecznie ustalonej metodyki jeszcze nie posiadamy. Mimo, jednak zastrzeżeń odnośnie poszczególnych metod, stwierdzić należy, że w obecnym stanie naszej wiedzy szczepienia ochronne przeciwpłonicze, w postaci preparatów paciorkowcowych, stanowią jedyną możliwą drogę oddziaływania na przebieg płonicy.

Prof. Gluziński mówi, że należy w dalszym ciągu prowadzić doświadczenia ze szczepionkami. Wyniki obce są podobne do naszych. Metodyka wymaga opracowania. Należy zwracać uwagę na stan zdrowia dzieci po szczepieniach. Jak długo utrzymuje się wynik szczepień dodatnich? Oto pytanie do rozstrzygnięcia. Co do łańcuszkowca hemolitycznego, to on niezawodnie jest winowajcą płonicy, lecz dowodów niezbitych na to niema. Należy stare przepisy epidemjologiczne szanować po dawnemu.

Oprócz wyżej wymienionych w dyskusji zabierali głos koledzy Dąbrowski Witosław, Roszkowski, Hirszfeld, Brokman i kol. Sparow.

Zastępca sekretarza *Klemens Gerner.*

Częstochowskie Tow. Lekarskie.

Uroczyste posiedzenie Jubileuszowe w dniu 17 października 1926 r.

(w sali I. Gimnazjum państwowego).

Opis przebiegu uroczystości będzie ogłoszony w „Pamiętniku Jubileuszu 25-lecia Towarzystwa".

Sprawozdanie sekretarza Tow. z działalności 25-letniej Częstochowskiego Tow. lekarskiego — od r. 1901 do 1926 — ogłosiła w druku Polska Gazeta lekarska w Nr. 27. 1926 r.; w Nr. 48 i 49 tejże Gazety ogłoszone zostały in extenso odczyty, wygłoszone na uroczystej Akademji ku czci Dra Władysława Biegańskiego przez Dra Seweryna Sterlinga z Łodzi „Stanowisko Biegańskiego w historji medycyny polskiej", prof. Stanisława Trzebińskiego z Wilna „Władysław Biegański a zasada celowości w biologji i medycynie" i prof. Mieczysława Michałowicza z Warszawy: „Biegański jako człowiek i lekarz".

Wieczorem w sali hotelu „Polonia" odbył się bankiet przy udziale 130 osób, wygłoszono liczne przemówienia, streszczone w „Pamiętniku".

Nadzwyczajne posiedzenie w dniu 30. października 1926.

Przewodniczy prezes Tow. kol. Rożkowski.

Sekretarz Tow. odczytał listę członków, zmarłych w ciągu 25-lecia, i pamięć Ich uczczono przez powstanie. Następnie sekretarz Tow. zaznaczywszy zasługi obecnego prezesa Tow. lekarsk. w ostatnim okresie działalności, złożył Mu podziękowanie, co zebrani przyjęli oklaskami i okrzykiem: „niech żyje".

Z kolei prezes Rożkowski wygłosił podziękowanie prezesowi Komitetu Jubileuszowego kol. Wasilewskiemu, który wykazał zdolności organizacyjne i dużą inicjatywę, kol. Rożkowskiemu za jego pełną poświęcenia pracę, mag. Nowakowi za ofiarę pieniężną, kol. Szaniawskiemu za pomoc w organizowaniu wystawy i urządzeniu bankietu oraz całemu sekretarjatowi w dniu uroczystego posiedzenia — kolegom: Bramowi, Mikulskiemu, Szwedowskiemu i Parnowskiemu.

1. Otrzymane z powodu Jubileuszu listy i depesze od instytucji, redakcji czasopism i osób pojedyńczych postanowiono oprawić i przechować jako pamiątkę.

2. Prezes Komitetu Jubileuszowego kol. Wasilewski odczytał poniższe sprawozdanie kasowe: „dnia 28 października 1926 r. Komisja rewizyjna w osobach mag. Edm. Nowaka i kol. Petrykata stwierdziła, że ogólna suma wydatków Komitetu do dnia dzisiejszego wynosi zł. 4271 gr. 36, wpływy zaś wynoszą zł. 5082 gr. 96, a zatem pozostałość stanowi zł. 881 gr. 60".

3. Kol. Łokczewski w dłuższem przemówieniu uczcił pamięć wybitniejszych członków Tow. lekarskiego, zmarłych w ciągu minionych 25 lat; omówił prace naukowe, zasługi społeczne, działalność w Tow. lekarskiem oraz zalety umysłu i charakteru kolegów: Józefa Czajkowskiego, wice-prezesa i członka honorowego Tow., Gracjana Pisarzewskiego, pierwszego wice-prezesa Tow., Władysława Sękowskiego, pierwszego sekretarza, Juljana Kulskiego, członka honorowego, Franciszka Bellona, Władysława Brzozowskiego, Ignacego Wasserthala, Konstantego Reymana, skarbnika Tow. r. Józefa Pietroniewicza.

4. W zakończeniu prezes Rożkowski mówił o sytuacji ogólnej Tow. lekarskiego, zachęcając młodszych kolegów do pracy naukowej, żądając większej wydajności naukowej od naszych Szpitali i jako środka ku temu celowi — zakładania pracowni Szpitalnych oraz wykonywania sekcji zwłok w przypadkach, mających wartość naukową.

Posiedzenie w dniu 27. listopada 1927 r.

Obecnych członków 35 oraz dwaj goście: Dr. B. Ostromęcki i kol. Skotnicki. Przewodniczy prezes Rożkowski.

Przewodniczący w krótkiem przemówieniu uczcił zmarłego ostatnio kolegę Rousseau, zaznaczając zalety charakteru zmarłego; pamięć Jego uczczono przez powstanie.

1. Kol. Marczewski pokazał chorego, który przed 2 dniami uległ wypadkowi — wbicia ciała obcego poza tęczówkę, do komory tylnej oka; ciało obce, blaszkę stalową, zapomocą dużego elektromagnesu wprowadził do komory przedniej oka, a stąd po nacięciu rogówki usunął. Pokaz ciała usuniętego: blaszka stalowa, formy owalnej, o brzegach ostrych, wymiar dłuższy — 3 mm, krótszy — 2 mm. Oko pacjenta tymczasem w stanie zaćmy traumatycznej, spodziewana znaczna poprawa.

Dr. Ostromęcki odczytał obszerny referat z pokazem własnych tablic ,o organizacji komunalnej służby zdrowia na terenie Województwa Kieleckiego", omawiając szczegółowo stan obecny służby zdrowia i plany na przyszłość, podając daty cyfrowe, dotyczące szpitalnictwa w Częstochowie. Referat nie nadaje się do streszczenia, był drukowany w Zdrowiu.

W dyskusji przemawiali: kol. Marczewski, prezydent m. Częstochowy i prezes Rożkowski.

Kol. Marczewski krytykował Ustawę Samorządową, podkreślając jej zasadnicze wady. Czynniki nieodpowiednie, opierając się na stosunkach politycznych partyjnych, otrzymały notatkę i jako przykład podaje pracę obecnej Rady miejskiej w Częstochowie.

W zakresie walki z chorobami zakaźnemi i w Szpitalnictwie powiat robi zamało, cały ciężar kosztów spada na Zarząd miasta. Dekret o samorządzie musi ulec zmianom.

Kol. Rożkowski zaznacza bezplanowość ogólnej polityki sanitarnej, brak celowego działania w sprawach zdrowia i zły stan szpitalnictwa w Częstochowie. W walce z gruźlicą nie można liczyć na akcję społeczeństwa; mogą coś zdziałać samorządy komunalne łącznie z Kasą chorych; sanatorja mogłyby utrzymywać tylko Związki wojewódzkie.

W odpowiedzi prelegent łagodzi pesymizm kol. Marczewskiego, twierdząc, że i przy obecnych stosunkach da się przy dobrej woli niejedno zrobić. W walce z gruźlicą główna rola przypada przychodniom.

Kol. Koniecpolski pokazał chorego i chorą z chorobami krwi: 1) mężczyzna chory od 2 lat, charłactwo, śledziona powiększona; ciepłota prawidłowa, gruczoły chłonne niepowiększone; wyniki badania krwi (doc. Klejn w Warszawie: barwa prawidłowa, Hemoglobiny — 85%, liczba krwinek w 1 mm^3 4.300.000, liczba ciałek białych — 25.400 w 1 mm^3; szczegółowo: limfocytów małych 2.2%, neutrofilów 67%, bazofilów 2%, eozynofilów 1.4%; składników prawidłowo we krwi nieobecnych: myeloblastów 2%, myelocytów neutrofilowych 21.4%, normoblastów 0.8%, megacaryocytów 0.8%, płytek — bardzo dużo; rozpoznanie: myelosis subleucaemica.

Pod wpływem leczenia (zastrzyki arsenu, później Roentgen) śledziona uległa zmniejszeniu znacznemu.

2) Chora, gruczoły chłonne powiększone na szyi i tułowiu, T^0 38°., swędzenie skóry, odczyn Wassermanna nie był wykonany. Badanie krwi (doc. Klejn): barwa jasnoczerwona, Hemoglobiny 55%, liczba krwinek w 1 mm^3 3.920.000, wskaźnik barwikowy krwinek 0.7, liczba ciałek białych — 11.900 w 1 mm^3, liczba płytek prawidłowa. Szczegółowo: limfocytów małych 22.4%, większych 0.8%, monocytów 8.4%, neutrofilów 66%, eozynofilów 2.4%, składniki nieprawidłowe nieobecne. Kol. Koniecpolski uważa przypadek za zbliżony do typu ziarnicy złośliwej *(lymphogranulomatosis maligna, morbus Hodgkin)*, kol. zaś Rożkowski uważa to rozpoznanie za mało uzasadnione.

Kol. Franke omówił rzadki przypadek nowotworu złośliwego macicy u 20-letniej dziewicy: w ujściu zewnętrznem znajdował się polip, po zbadaniu usuniętych części (prof. Ciechanowski) stwierdzono nowotwór złośliwy — *adeno-carcinoma;* macicę usunięto per laporatomiam; pokaz preparatu.

Kol. Szaniawski wygłosił dłuższe przemówienie z powodu śmierci seniora pedjatrów polskich Dra Juljana Kramsztyka.

Pamięć wybitnego lekarza i prawego obywatela uczczono przez powstanie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 28 listopada 1926. w Szpitalu na Zawodziu.

Kol. St. Kon 1) wygłosił: „osobiste doświadczenie w sprawie leczenia poronień septycznych".

Z materjału szpitalnego w ilości 42 przypadków uwzględnione zostały przypadki, gdzie oprócz stanu gorączkowego były zmiany objektywne w przymaciczu; stosowano naogół postępowanie wyczekujące, pomimo to we wszystkich przypadkach wykonano skrobanie macicy z powodu uporczywych krwawień. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Co do techniki należy zwrócić uwagę, aby nie rozszerzać zbytnio szyiki macicznej. Po zabiegu stosowano zapobiegawczo propidon.

2) Omówił przypadek ciąży zamacicznej, pękniętej w V—VI miesiącu (pokaz preparatu). Chora lat 32, uprzednio rodziła 2 razy. Po zatrzymanym w ciągu 6 tygodni perjodzie zaczęła krwawić, i z powodu silnego bólu z prawej strony brzucha zemdlała. Leczyła się w domu, podobno gorączkowała i miała krwawe stolce; stan ten poprawił się, i chora zaczęła chodzić. Po kilku miesiacach zauważyła powiększenie brzucha, i odczuwała bóle. Wtedy udała się do Szpitala. Stwierdzono guz, sięgający do pępka; jamę Douglasa całą wypełnioną ciastowatą i bolesną na dotyk substancją; nakłucie wykazało w Douglasie płynną krew. Operacja. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, iż otrzewna ścienna w wielu miejscach zrośnięta jest z jelitami; podczas oddzielania zrostów nastąpiło pęknięcie guza i wyłonił się płód długości 34 cm. Wtedy dopiero można było zorjentować się, że łożysko jaja płodowego przylega do jajowodu prawego, pozostając równocześnie w łączności z powodu zrostów z otrzewną małej miednicy. Wykonano usunięcie jaja płodowego, wycięcie jajowodu prawego, ranę wy-

sączkowano. Po 4 tygodniach chora opuściła szpital — wyzdrowienie.

W przypadku tym należy wnioskować, że płód pomimo pęknięcia jajowodu w 2-im miesiącu ciąży rozwijał się dalej do V—VI miesiąca, ze zrostów z jelitami utworzyło się sztuczne jajo płodowe.

3) Pokazał chorą 36-letnią, u której przebieg choroby i objawy przemawiały na rzecz rozpoznania ciąży zamacicznej pękniętej, tymczasem nakłucie jamy Douglasa — otrzymany płyn surowiczy — wykazało sprawę wysiękową.

Kol. Konarski pokazał:

1) chorą 83-letnią z wybitną miażdżycą tętnic i zwyrodnieniem mięśnia serca. Przed 3 miesiącami wystąpiły zaburzenia czucia w lewej kończynie górnej, tamże zanik mięśni, skóra chłodna. Tętna brak po stronie lewej w tętnicach promieniowej i ramieniowej, po stronie zaś prawej — twarde tętno w obu tętnicach. Mówca rozpoznaje zwężenie światła tętnicy podobojczykowej — *endarteritis obliterans arteriosclerotica.*

W dyskusji kol. Bram zaznacza, że roentgenogram w tym przypadku nie dał obrazu wyraźnego. Prezes Rożkowski sądzi, że w analogicznych przypadkach należy poszukiwać również schorzenia łuku tętnicy głównej.

2) Pokazał chorą od 2 miesięcy dziewczynę 17-letnią, na początku — lekka angina, po tygodniu — ostre zapalenie stawów, w następstwie — zapalenie wsierdzia. Przed 2 tygodniami nastąpiło nagle porażenie prawostronne kończyn górnej i dolnej, porażenie nerwu twarzowego i przejściowe zaburzenie mowy. Obecnie pozostaje stan zapalny wsierdzia, lekki niedowład nerwu twarzowego po stronie prawej, zupełny niedowład kończyny górnej prawej i częściowy kończyny dolnej prawej; sprawa zapalna w stawach — na wygaśnięciu. Rozpoznanie: *polyarthritis acuta, endocarditis acuta, embolia art. striae lenticularis sinistrae.*

W dyskusji kol. Rożkowski zaznacza osobliwość przypadku: zator zaraz na początku zapalenia wsierdzia.

Kol. Batawia pokazał:

1) chorą po operacji z powodu zakrzepu zatoki poprzecznej Chora 20-letnia, w krótkim czasie po porodzie zachorowała na ropne zapalenie ucha średniego prawego z zajęciem wyrostka sutkowego. Chora miewała dreszcze i gorączkę do 40° C. i wyżej. Rozpoznano zakrzep zatoki poprzecznej. W ciągu tygodnia chora nie zgadzała się na operację.

Pierwszy akt operacji polegał na podwiązaniu żyły jarzmowej wewnętrznej, następnie wykonano typową anthrotomię: okazało się, że zatoka poprzeczna obnażoną jest na dużej przestrzeni i pokryta nalotem brudno-szarym. Obszerny ropień wewnątrzoponowy obnażony został na całej przestrzeni. Ostatni akt operacji polegał na otworzeniu zatoki poprzecznej. Po operacji ciepłota spadła, dreszcze nie powtórzyły się, mimo to chora w ciągu kilku tygodni czuła się bardzo słabą.

2) Chorą lat 16, u której przed tygodniem wykonał trepanację wyrostka sutkowego (typową anthrotomię) i otworzył obszerny, wielkości 2 złotówki, ropień wewnątrz oponowy. Pomimo tak znacznego zniszczenia w kości chora przed operacją nie uskarżała się na ból ucha lub głowy, i obecnie po tygodniu czuje się dobrze (spaceruje już po szpitalu). (Streszczenie własne).

Kol. Frenkenberg pokazał:

1) przypadek *encephalitidis lethargicae:* sprawa trwa od kilku miesięcy, okresy bezsenności, niepokój ruchowy, lekkie ruchy choreotyczne w kończynach górnych, myoklonje w zakresie mm. czworogłowych uda, obustronne porażenie mm. prostych zewnętrznych w oczach (nn. obducentes), znaczny niedowład konwergencji, amenorrhoea.

2) *polyneuritis Saturnina:* obustronne porażenie n. promieniowego z całkowitym odczynem zwyrodnienia.

3) Przypadek guza mózgu: chory od 8 miesięcy, zaburzenia smaku na początku choroby, następnie bóle głowy, wymioty itd. Obecnie po stronie prawej porażenie n. trójdzielnego ruchowego, odwodzącego i twarzowego, łuki podniebienne po str. prawej opuszczone, język zbacza na lewo. Obniżenie czucia dotyku i bólu po stronie prawej twarzy. Mowa dysartryczna, zaburzenia połykania. *Déviation conjuguée de la tête et des yeux* w stronę lewą. Brak tarczy zastoinowej, słuch obustronnie dobry, błędnik pobudliwy. Oczopląs pionowy. Niedowład spastyczny po stronie lewej. Objawy móżdżkowe po stronie prawej.

Przewlekły przebieg sprawy, *hemiplegia alternans inferior,* przy braku tarczy zastoinowej oraz objawów ze strony n. słuchowego i przedsionkowego przemawiają za guzem, umiejscowionym w moście Varola (Streszczenie własne).

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Sprawozdanie z nadzwyczajnego Zebrania Naukowego w dniu 3 listopada 1926 r. w lokalu własnym w Sosnowcu przy ul. 3-go Maja l. 15 (oficyna lewa, parter).

Obecnych według listy 27 członków i 2 gości.

Po otwarciu zebrania przez prezesa kol. Kozłowskiego i odczytaniu protokołu z ostatniego zebrania przez sekretarza, kol. Puterman przedstawił 31-letniego mężczyznę, żonatego od lat 11, pochodzącego z rodziny nie obarczonej żadnem kalectwem. Narządy wewnętrzne bez zmian. Poza upośledzeniem zmysłu powonienia oraz krótkowzrocznością innych zboczeń ze strony układu nerwowego wykryć się nie daje. Czucie, odruchy zachowane. Głos nieco kobiecy. Nieznaczne *genua valga. Voluntas, voluptas* zachowane. Miewa stosunki z żoną, co do ejakulacji ma wrażenie, że czasami bywa nieznaczna, aczkolwiek charakterystycznej spermy *post coitum* nie stwierdził. Ani homoseksualizmu, ani onanizmu nie uprawiał.

Cechy płciowe pierwszorzędne:

1) Jądra wielkości grochu, chory utrzymuje, że czasami bywają one nieco większe.

2) Badanie *per rectum* nie wykrywa obecności macicy, lub jajników.

Cechy drugorzędne:

Penis mały, nie o wiele większy od łechtaczki kobiecej. Podczas erekcji według słów pacjenta dochodzi do 3 cm wielkości.

2) Moszna wyraźnie zaznaczona, gruczoł sterczowy, sznurki i pęcherzyki nasienne nie wyczuwalne.

3) Fałdów kobiecych niema.

4) Krocze bardzo długie do 15 cm.

Cechy trzeciorzędne:

1) Budowa kośćca: górne kończyny sięgają poniżej połowy bioder.

2) Miednica kostna jest wybitnie kobieca. Talerze biodrowe na boki odchylone, ku przodowi zwrócone. Łuk łonowy tworzy kąt do 90.

Wymiary miednicy: Dist. spinarum — 26 cm.
Dist. cristarum — 31 — 32 cm.
Dist. trochanterica — 35 — 36 cm.
Coniugata ext. — 21 cm.

3) Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej ma cechy kobiece: nagromadzenie tłuszczu w okolicy sutków, w dolnej części brzucha, w okolicy bioder, na udach i pośladkach.

4) Owłosienie typu kobiecego: brak zarostu na wargach i brodzie, brak owłosienia w okolicy sutków, mostka i na udach. Wzgórek łonowy pokryty włosem z ograniczeniem ścisłem w postaci linji równej ku górze. Brak kątów nieowłosionych na skroniach.

Badanie roentgenologiczne stwierdza niezrośnięcie linji epifizarnych; głębsze i nieco szersze siodełko tureckie.

Obraz hematologiczny krwi: poza nieznaczną mononukleozą i eozynofilją zboczeń nie wykryto.

Aspectus asexualis.

Na zasadzie powyższych danych dystroficznych: niedorozwoju płciowych narządów, otłuszczenia, defektu owłosienia, kol. Puterman rozpoznaje w danym przypadku *eunuchoidismus.*

II. Tenże przedstawił drugi przypadek eunuchoidyzmu. Chory jako 20-letni mężczyzna przedstawiony był w roku 1919 na posiedzeniu naszego Towarzystwa Lekarskiego. Wówczas stwierdzono u niego następujący szereg objawów dystroficznych:

1) Swoisty typ defektu owłosienia;
2) Hypoplasia narządów płciowych;
3) Skupienie się tłuszczu w okolicach sutków, powłok brzusznych, wzgórka łonowego, pośladków;
4) Dysproporcję w budowie kośćca: przewaga dolnego wymiaru nad górnym;
5) Zlekka zaznaczone *genua valga;*
6) Wielkie stosunkowo rozmiary dłoni i stóp;
7) Pewne cechy degeneracyjne: składki pomiędzy palcami przypominające pletwy, *hyperextensio* palców rąk;
8) *Aspectus asexualis* i zarazem pewne cechy feminizmu;
9) Otwarte linje epifizarne;
10) Obraz hematologiczny krwi spotykany w zaburzeniach rozwojowych w zależności od zaburzeń wewnętrznej sekrecji: limfocytoza oraz nieznaczna mononukleoza;
11) Dolichocephalia.

Od lat 4 żonaty. Miewa stosunki z żoną, lecz ejakulacji niema. Po omówieniu możliwego udziału w tym obrazie klinicznym gruczołu tarczowego, przysadki mózgowej i gruczołów płciowych i po wykluczeniu udziału gruczołu tarczowego na zasadzie braku objawów tyreoidalnych *(myxoedema,* kretynizm), mówca zatrzymuje się nad różniczkowaniem pomiędzy infatylizmem, *dystrophia,*

adiposogenitalis i eunuchoidyzmem. Brak proporcjonalności w rozwoju kośćca (w danym przypadku przewaga dolnego wymiaru nad górnym), oraz brak wstrzymania rozwoju psychicznego wykluczają infantylizm. *Dystrophia adiposo-genitalis* może być wykluczona na zasadzie braku objawów uciskowych na mózg, zwłaszcza na zasadzie braku zaburzeń wzrokowych, braku wstrzymania wzrostu, braku danych roentgenologicznych.

Natomiast hipoplasia narządów płciowych z szeregiem wymienionych objawów dystroficznych, zwłaszcza dysproporcja w budowie kośćca przemawia i tutaj za eunuchoidyzmem.

Po omówieniu sposobu przeszczepiania gruczołów płciowych do *tunica vaginalis propria* jąder ludzkich, mówca przedstawia chorego po operacji, dokonanej przez Woronowa w Paryżu dnia 7 września 1926 r.

Szczepionki na jednem i drugiem jądrze przyjęły się bez żadnych komplikacyj, rany zagoiły się *per primam intentionem*.

Chory utrzymuje, że jądra po operacji były większe i że obecnie nieco się zmniejszyły, (resorbcja częściowa szczepionek).

Po demonstracji Kol. Putermana wygłosił Kol. Witkowski obszerny odczyt *„O niepłodności kobiecej i jej leczeniu"*.

W dyskusji nad odczytem Kol. Witkowskiego kol. Czarski zauważa, że kol. prelegent nie rozróżnia *sterilitas* od *infertilitas*, co przy ustalaniu rozpoznania jest nader ważne. Są wypadki i to częste, gdzie zapłodnienie jaja ma miejsce, ale zapłodnione jajo zostaje już w zaraniu czy to wessane, czy to wydalone na zewnątrz. Jest to *abortus habitualis* w bardzo wczesnym okresie. U niektórych wrażliwych kobiet wystarczy *coitus*, jako bodziec do wydalenia zapłodnionego jaja. Powstrzymanie się od stosunków po zajściu w ciążę bywa nieraz skutecznym środkiem w leczeniu tej *infertilitas*.

Z rozpoznaniem *sterilitas* nie należy się spieszyć. Wiemy, że tylko w 15% małżeństw zachodzą kobiety już w pierwszym roku, w 6% po 3 latach, w 2% po 5 latach, a nierzadko dopiero po 10 latach.

W praktyce uważać należy małżeństwa po 2—5 lat bezdzietności za niepłodne. Co do przyczyn jałowości, to *stenosis orificii* jest przeszkodą nie samą przez się, lecz powoduje ona zgęszczenie czopu śluzowego w szyjce i nie pozwala temu czopowi wysunąć się do receptaculum i napowrót wraz z nasieniem dostać się do *cavum uteri*. Dlatego też nieraz wystarcza sondowanie macicy, aby *stenosis* przestała być przeszkodą do zapłodnienia.

Co do *dysmenorrhea* należy rozróżniać *Algomenenorrhoe* od *Dysmenorrhoe*. Pierwsza postać, jako wskazująca na umiejscowienie bólu w samej macicy może być uważana za objaw stenozy. *Dysmenorrhoe* jest pojęciem zbiorowem, i obejmuje całokształt niedomagań i bólów przy perjodzie.

Retroflexio ut. jest dość częstym powodem niepłodności. Wystarcza nieraz założenie wianka, aby zapłodnienie nastąpiło, a po usunięciu takowego znów u tej samej pacjentki następuje niepłodność. Małą zwraca się uwagę na *lateropositio ut.*, jako przeszkody do zapłodnienia, a jest to przeszkoda dość częsta, gdyż *orificium* nie leży w osi pochwy i dostanie się doń spermy jest utrudniane. Co się tyczy *Endometritis*, to *Endom. chronica* bywa raczej powodem do *Infertilitas*. Natomiast *endometritis hyperplastica* jest jak wiadomo skutkiem dysfunkcji jajnikowej, jałowość zatem tej ostatniej zawdzięcza swe istnienie.

Analogiczne zjawisko mamy przy *myomatosis uteri*. Zarówno *sterilitas* jak i *myomatosis* powstaje na tle dysfunkcji jajnikowej.

Wspominając o *Appendicitis* i *Sigmoiditis* należy podkreślić, że chodzi tu nie tylko o bezpośrednie przejście procesu zapalnego z wyrostka na sąsiednią trąbkę, lecz o wysięk surowiczy, który powoduje podrażnienie otrzewnej w całej miednicy i przychodzi do zarośnięcia obydwu trąbek. Co do momentów psychoseksualnych, to brak libido nigdy nie powoduje jałowości, *dyspareunia* nie zawsze. Wreszcie co do wypadków niejasnych, to rzeczywiście spotykamy osobniki z których każdy z oddzielna jest płodny, a które w pożyciu ze sobą są bezdzietne.

Co do leczenia, to zachwalane „Fructulet'y" Nakamera które dały mi dwukrotnie dobre i szybkie wyniki, należy uważać jednak za niebezpieczne, gdyż znów z własnego doświadczenia znam przypadki, gdzie wywoływały bardzo ciężkie zapalenia przymacicza.

Lepsze już są rurki szklane Frehlinga, które zakłada się na 2—3 dni i po wyjęciu przepłukuje macicę.

Mówca nie wspomniał o sztucznem zapłodnieniu, którego przecież w niektórych wypadkach nie można postawić poza nawias zabiegów leczniczych przy bezdzietności.

Kol. Suchodolski potwierdza spostrzeżenia znane, iż niepłodność w małżeństwie w 1/3 wypadków leży po stronie mężczyzny, pozostałe zaś 2/3 po stronie kobiety. Trzy główne typy niepłodności kobiet, to:

1) niedokształt i niedomoga;
2) zakażenie — zapalenie;
3) przeszkody mechaniczne.

Na oddziale ginekologicznym szpitala sieleckiego „Hr. Renard" w ciągu 5-ciolecia 1921—1925: wykonano:

salpingostomję-plastykę jajowodu w wypadkach zarośnięcia tegoż około 50 razy.

discisio colli uteri = rozcięcie szyjki macicznej częściowo sposobem Pozzi'ego, częściej tylne przecięcie — około 150 razy.

Zeszycie szyjki — rzadziej niską jej amputację — powyżej 50 razy.

Stosunkowo jeszcze metodyczne rozszerzanie i prostowanie szyjki hegarami i przedmuchiwania trąbek — razem około 50 razy.

Znaczna — przeważna — część powyższych zabiegów została wykonaną w celu sprowadzenia ciąży często po długich latach (do kilkunastu) niepłodności.

Dla braku danych nieda się określić dodatnich wyników procentowo. Bardzo często następowała ciąża po rozcięciach szyjki i to tylnych, a stosowanych przeważnie przy częściowym niedokształcie macicy.

Stwierdzano też ciążę po plastyce jajowodu, rozszerzeniach szyjki i przedmuchiwaniu trąbek.

Nie spostrzeżono ciąży zamacicznej po plastyce jajowodu. W jednym wypadku wyłuszczenia włókniaka macicy, przyczem macica sama uległa znacznemu zmniejszeniu w pięć miesięcy nastąpiła ciąża prawidłowa, obecnie w IX mies. ks.

Odpowiedzi udzielał Kol. Witkowski.

Z powodu spóźnionej pory odczyty Kol. Putermana:

a) *„O zaburzeniach sercowych w zależności od zaburzeń ze strony narządów trawiennych"*;

b) *„O przewlekłej niedokrwistości zakaźnej i jej etjologji"*; odłożono do jednego z następnych zebrań, a nie mogąc z braku *quorum* omawiać wniosku Zarządu w sprawie Dra Metery postanowiono na wniosek Kol. Wołkowicza odpowiedzieć panu Drowi Meterze w myśl tekstu podanego przez Kol. Suchodolskiego a mianowicie:

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego komunikuje Panu Doktorowi że:

1) Otrzymał list Jego z dnia 5 lipca 1926 r.

2) Odczytał list wymieniony na swem posiedzeniu dnia 26 października 1926 r. i powziął odpowiedni wniosek;

3) Wniosek ten wniesie na porządek dzienny Ogólnego Zebrania Twa Lek. w mies. grudniu 1926 r.;

4) Uchwałę, jaka zapadnie na podanem — w wyżej wymienionym terminie o Zebraniu Ogólnem poda do wiadomości Panu Doktorowi.

W Sosnowcu, dnia 3 listopada 1926 r.

Sekretarz: *Dr. Krogulski.* Prezes: *Dr. Kozłowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1926.

Rok sprawozdawczy jest pierwszym rokiem drugiej kadencji N. I. L. Po posiedzeniu organizacyjnem nowo obrany Zarząd odbył 26 posiedzeń w ciągu roku. Po za tem w dniu 2-im i 3-cim maja odbył się Zjazd Międzyizbowy. Uchwały Zjazdu Międzyizbowego jako ogłoszone w pismach i rozesłane do Izb nie wejdą w niniejsze sprawozdanie. Nowa Izba składała się z 28 członków, w ciągu roku zmarł członek N. I. L. Dr. Ignacy Sochacki. Na posiedzeniu organizacyjnem N. I. L. w dniu 28 lutego 1926 r. oprócz wyborów podniesiono cały szereg spraw. W związku z wnioskiem Dra Sterlinga-Okuniewskiego co do wydawania streszczeń prac lekarskich w obcych językach była wzięta pod uwagę również następująca nadesłana uchwała XII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie w lipcu 1925 r.: „Zjazd uznaje konieczność założenia biura propagandy polskiej medycyny za granicą, na ten cel powinny być nałożone drobne opłaty na wszystkich lekarzy. Sprawę tę powierza Zjazd Naczelnej Izbie Lelekarskiej". Zarząd N. I. L. zgodnie z uchwałą N. I. L. odpowiedział, że wobec ciężkiego stanu ekonomicznego ogólnego, a w szczególności stanu lekarskiego N. I .L. nie uważa za możliwe obciążać lekarzy nowym podatkiem i że sprawę należałoby przekazać Kasie Mianowskiego.

W sprawie ubezpieczeń wzajemnych zgodnie z uchwałami Izby i Zjazdu Międzyizbowego, pracowała komisja pod przewodnictwem Dra Krzyczkowskiego. Statut wzajemnych ubezpieczeń poruczono opracować Dr. Tadeuszowi Poznańskiemu, za umówioną z góry sumą 800 złotych.

W sprawie ustalenia warunków na prawo do tytułu specjalisty, Izba Lwowska zwróciła się bezpośrednio do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z gotowością do złożenia Jej swych wniosków po uprzedniem otrzymaniu od Generalnej Dyrekcji materjałów dotyczących tej sprawy. Na pismo to Generalna Dyrekcja nadesłała odpowiedź do N. I. L., że projekt ustawy o używaniu tytułu specjalisty jest w chwili obecnej w fazie opracowywania, wobec czego Ministerstwo nie jest w możności udzielić go na razie do wiadomości Izby Lekarskiej we Lwowie, skłonne jest jednak zapoznać się z projektem Izby Lwowskiej.

Stosownie do postanowienia N. I. L. Zarząd N. I. L. zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z zapytaniem co należy rozumieć pod „organem rządowym Izb", nie otrzymał jednak dotychczas odpowiedzi.

W sprawie leczenia w szpitalach wojskowych prywatnych chorych i wykonywania przez laboratorja rządowe prywatnych analiz ze względu na pauperyzację stanu lekarskiego, zwrócono się do wszystkich Izb o zebranie i przysłanie odnośnych danych. Ponieważ Instytut Higjeny Państwowej zwlekał z odpowiedzią zwrócono się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o interwencję na skutek czego otrzymano od Państwowego Zakładu Higjeny zawiadomienie, że na mocy nowego regulaminu analizy w przypadkach nie ostrych chorób zakaźnych mają być wykonywane jedynie dla instytucji społecznych, komunalnych i Kas chorych za zwrotem kosztów, dla pacjentów zaś prywatnych analizy w przypadkach tych chorób nie mają być wykonywane wcale.

W wykonaniu dotyczącej uchwały N. I. L. rozesłano okólnik do wszystkich Izb, aby lekarz opuszczający teren Izby i zgłaszający się w drugiej posiadał bezwarunkowo kartę wymeldowania się z tej Izby, którą opuszcza.

Zgodnie z artykułem 4-ym ustawy, Naczelna I. L. zatwierdziła 1) Statut Kasy ubezpieczeniowej na wypadek śmierci przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, 2) dodatkowe 4 punkty regulaminu sądu Izby Lekarskiej, 3) zmiany w statucie Kasy pomocy koleżeńskiej przy Izbie Lubelskiej.

Do Rady Dyscyplinarnej na miejsce ś. p. Dra Sochackiego przedstawiono Dra R. Orłowskiego i jako zastępcę Dra Skłodowskiego.

W myśl rozporządzenia Rady Ministrów o Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia uchwalono na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przedstawić jako kandydata na członka Dr. Bączkiewicza i jako kandydata na zastępcę Dra Śmiechowskiego.

W zakresie prac dotyczących prawodawstwa sanitarnego N. I. L. opracowała nowelę do ustawy o wykonywaniu praktyki felczerskiej, ogólne uwagi i poprawki do projektu ustawy o zakładach leczniczych, uwagi do projektu ustawy o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, uwagi ogólne do projektu zapobiegania chorobom zawodowym i ich zwalczania, uwagi do projektu ustawy o ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu i chorobach zawodowych i to ostatnie na podstawie opinji wszystkich Izb. Nadto wydała opinję w sprawie specyfików farmaceutycznych dozwolonych do sprzedaży po za aptekami, w sprawie zapisywania przez lekarzy specyfików niedozwolonych do obrotu (na skutek zwrócenia się w tej sprawie Polskiego Powszechnego Tow. Farmaceutycznego do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) poparła memorjał Dra Radziwiłłowicza w sprawie organizacji szpitalnictwa dla umysłowo chorych. Memorjał Dra Poznańskiego w sprawie szkodliwej łączności aptek homeopatycznych z lecznicami, podanie stowarzyszenia optyków we Lwowie, o zaliczenie zawodu optyków do zawodów koncesjonowanych zgodnie z życzeniem Izby Lwowskiej.

Przedstawiono P. Generalnemu Dyrektorowi konieczną potrzebę zbudowania „Domu Zdrojowego" w Ciechocinku, wydano opinję w sprawie przywozu wód mineralnych niemieckich w łączności z projektowanym traktatem handlowym.

W zakresie prawodawstwa, mającego łączność z bytem stanu lekarskiego na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przedstawiono uwagi co do nowelizacji niektórych artykułów ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Ułożono projekt noweli ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, złożono Prezesowi Rady Ministrów i Ministrowi Spraw Wewnętrznych memorjał w sprawie projektowanego przyłączenia Generalnej Dyrekcji S. Z. do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, odmówiono wzięcia udziału w pracach projektowanej przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej Rady ubezpieczeń społecznych, wychodząc z założenia, że sprawy zdrowotne winny być rozpatrywane przez Państwową Radę Zdrowia. Zdyskwalifikowano przysłany do oceny przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia regulamin służbowy dla lekarzy Kas chorych w Łucku, a to między innemi i z tego powodu, że stosunek lekarzy do Zarządu Kas chorych ustala się na zasadzie obustronnej dobrowolnej umowy, a nie na podstawie regulaminów służbowych.

W sprawie przyłączenia Śląska do Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej ingerowano w Generalnej Dyrekcji na podstawie memorjału Związku Gospodarczego Polaków na Śląsku. Izba Poznańsko-Pomorska wyraziła na przyłączenie zgodę. W tej samej sprawie konferował przewodniczący w Katowicach z przedstawicielami lekarzy Śląskich.

Izbie Wileńskiej zgodnie z jej życzeniem przesłano dane i wskazówki potrzebne do organizacji Izby.

Dok. nast.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Lekarze słowiańscy, powracający ze Zjazdu lekarzy słowiańskich w Warszawie i następujących po nim wycieczek, przybywali do Krakowa małemi grupami. Najliczniejsza grupa przybyła 3 b. m., przyjęta na dworcu przez przedstawicieli władz, komitet miejscowy i prezesa Towarzystwa lekarskiego Prof. Latkowskiego, zwiedzała przez dwa dni miasto i zakłady lekarskie i podejmowana była 4 b. m. przez komitet i Towarzystwo lekarskie.

Uczestnicy międzynarodowej Konferencji lekarzy wojskowych w Warszawie przybyli do Krakowa 6 b. m. na dwudniowy pobyt, przyjmowani byli przez komitet miejscowy, władze rządowe i Reprezentację Miasta.

Lwów.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie. XVIII posiedzenie odbyło się w piątek, dn. 3 czerwca. Dr. Elmer omówił kilka przypadków cukrzycy, powikłanej gruźlicą. Dr. Adamówna wygłosiła odczyt „O narkolepsji".

Poznań.

Do lekarzy, higjenistów, działaczy sanitarnych, przedstawicieli miast, towarzystw społecznych i wogóle miłośników higjeny. V. Ogólny Zjazd Higjenistów Polskich odbędzie się w Poznaniu w czasie od 28 czerwca do 1 lipca b. r. Głównemi tematami obrad będą dwa aktualne zagadnienia, a mianowicie organizacja sanitarna samorządów i walka z klęską mieszkaniową. Składkę zjazdową uchwalono na 15 zł (osoby towarzyszące uczestnikom płacą 10 zł), w czem opłata za pamiętnik zjazdowy, bankiet, raut i komunikację w obrębie miasta. Ze względu na konieczność wczesnego przygotowania kwater uprasza się o zgłoszenie uczestnictwa najdalej do dn. 15. b. m., listownie lub telegr. pod adresem generalnego sekretarza zjazdu p. wyższego radcy Cybulskiego, Poznań, Aleje Marcinkowskiego 29 lub pod adresem skarbnika p. dyrektora dr. Damma, Poznań, Aleje Marcinkowskiego 26, Bank Związku Spółek Zarobkowych, konto P. K. O. Poznań 204715. Bliższe szczegóły zjazdu ujawnią późniejsze komunikaty.

Wilno.

III. Zjazd Pedjatrów Polskich odbędzie się w Wilnie od 26 do 29 czerwca b. r.. Program obejmuje 5 posiedzeń, na które zgłoszono 56 referatów. Dnia 29 czerwca odbędzie się jednodniowa wycieczka do Druskienik.

Ze świata.

Czechosłowaccy lekarze przeciw polskim lekarzom. Jak wiadomo, polsko-czechosłowacka umowa handlowa umożliwia obu stronom praktykowanie w uzdrowiskach obu państw. W październiku 1926 r. Stowarzyszenie Lekarzy w Marjenbadzie, obejmujące tak czeskich jak i niemieckich lekarzy, powzięło rezolucję przeciwko dopuszczeniu lekarzy polskich do praktyki w czechosłowackich uzdrowiskach!

Zmarli.

Ś. p. Dr. Maksymiljan Cercha, senior lekarzy praktykujących Krynicy, zmarł 14 maja 1927 w Krynicy po krótkiej chorobie.

Redakcja otrzymała:

Rokuro Takano, Itsnya Ohtsubo et Zenjuro Inonye: „Etude du cholera au Japon. — Wydawn. Société des nations. Organisation d'hygiene. Genève 1927.

Prof. Dr. Trzebiński: „Blanc, Oesterlen i Biegański 3 „Logiki medycyny". Odb. z Nowin lekarskich, rok 38, zeszyt 23 z r. 1926.